Algemene Rekenkamer

Basispakket zorgverzekering

Uitgavenbeheersing in de zorg deel 3

2015



Basispakket zorgverzekering

Uitgavenbeheersing in de zorg deel 3

De tekst van het rapport *Basispakket zorgverzekering; Uitgavenbeheersing in de zorg deel 3* is vastgesteld op 23 april 2015. Het rapport is op 28 april 2015 aangeboden aan de Tweede Kamer.

Inhoud

Rapport in het kort			**3**
1	**Inleiding**		**10**
	1.1	Aanleiding tot dit onderzoek	10
	1.2	Pakketbeheer: achtergronden	11
	1.3	Zorguitgaven: ontwikkeling en beheersing in 2013	13
	1.4	Aanpak en leeswijzer	15
2	**Pakketmaatregelen**		**18**
	2.1	Wat zijn pakketmaatregelen?	19
	2.2	Rol van adviezen Zorginstituut	20
	2.3	Geraamde besparingen uitstroommaatregelen 2007-2013	21
	2.4	Gerealiseerde besparingen uitstroommaatregelen 2007-2013	23
	2.5	Ruimte voor nieuwe uitstroommaatregelen	25
3	**Standpunten van het Zorginstituut**		**27**
	3.1	Wat is een standpunt?	28
	3.2	Doorwerking van standpunten: rollen van actoren	31
	3.3	Belemmeringen voor doorwerking	32
	3.3.1	Draagvlak in het veld	33
	3.3.2	Controleerbaarheid door zorgverzekeraars	34
	3.3.3	Bekendheid van zorgaanbieders met standpunten	36
	3.4	Nieuwe benadering van standpunten	36
4	**Stringent pakketbeheer**		**38**
	4.1	Aanscherping en verankering pakketcriteria	39
	4.2	Voorwaardelijke toelating	41
	4.3	Programma Zinnige Zorg	42
5	**Gepast gebruik van zorg**		**44**
	5.1	Meer nadruk op gepast gebruik van zorg	45
	5.2	Zorginstituut en gepast gebruik	46
6	**Bestuurlijke reacties en nawoord Algemene Rekenkamer**		**48**
	6.1	Reactie minister van VWS	48
	6.2	Reactie Zorginstituut Nederland	49
	6.3	Nawoord Algemene Rekenkamer	50
	Bijlage 1	Overzicht van belangrijkste conclusies, aanbevelingen en reacties	51
	Bijlage 2	Overzicht pakketmaatregelen 2007-2013	53
	Bijlage 3	Gerealiseerde besparingen uitstroommaatregelen 2007-2013	55
	Bijlage 4	Begrippen	60
	Bijlage 5	Literatuur	63

Rapport in het kort

Naar het zich laat aanzien komen over 2013 voor het eerst sinds jaren de zorguitgaven onder het Budgettair Kader Zorg (BKZ) te liggen, en wel met € 1,1 miljard. Dit is een positieve ontwikkeling, zeker gezien de stelselmatige overschrijdingen van het BKZ in de voorafgaande jaren. De beheersbaarheid van de zorguitgaven is daarmee echter nog niet verzekerd. Op de lange termijn blijven de zorguitgaven bovendien stijgen, van nu 13% van het nationaal inkomen (bruto binnenlands product) tot 22% à 31% in 2040, aldus het Centraal Planbureau.[1] Het blijft een belangrijke opgave voor de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) om het BKZ te handhaven. De Algemene Rekenkamer heeft onderzocht of en in hoeverre de minister de zorguitgaven die onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) vallen, met pakketbeheer effectief kan beheersen dan wel terugdringen.

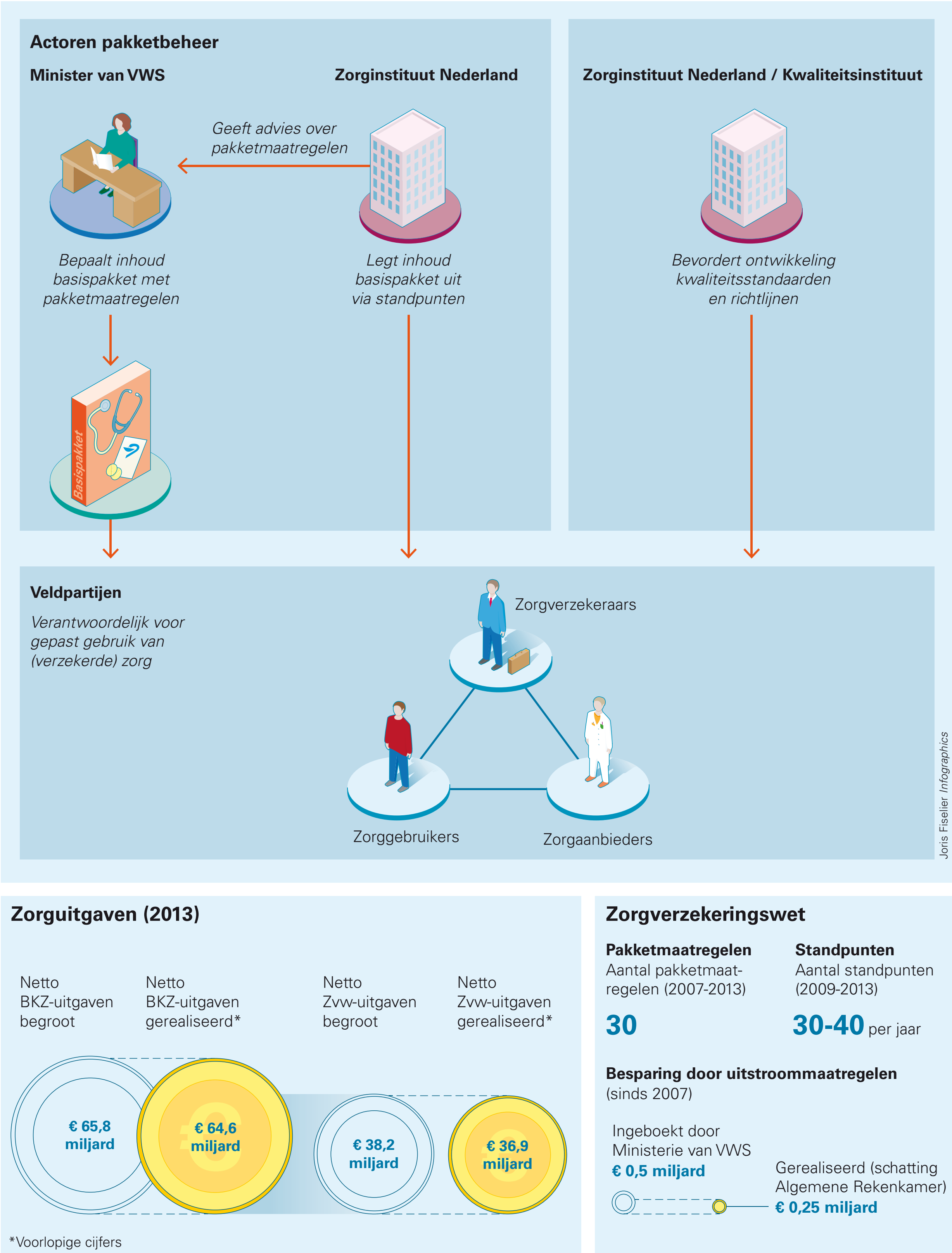
Strikt genomen, in wettelijke zin, bestaat pakketbeheer uit twee elementen (zie figuur 1):

- de afbakening van het basispakket, het geheel aan behandelingen waarvoor iedere Nederlander verplicht is verzekerd. Al dan niet op basis van adviezen van Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) neemt de minister van VWS - met betrokkenheid van het parlement - pakketmaatregelen. Dat zijn besluiten waarmee de minister specifieke behandelingen tot het basispakket toelaat of eruit haalt.
- de verduidelijking en advisering door het Zorginstituut[2] aan de veldpartijen - zorggebruikers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars - over behandelingen waarvan het de vraag is of ze wettelijk gezien wel of niet tot het basispakket behoren. Deze adviezen van het Zorginstituut worden standpunten genoemd.

1
Specifiek voor de curatieve zorg verwacht het Centraal Planbureau dat de uitgaven kunnen stijgen van 9% nu tot 13% tot 21% van het bruto binnenlands product in 2040.

2
Tot 1 april 2014 het College voor Zorgverzekeringen.

Figuur 1 **Kerngegevens pakketbeheer**



Conclusie

Pakketbeheer is een essentieel onderdeel van het zorgverzekeringsstelsel. Vanwege de voortgaande technologische ontwikkeling zullen altijd keuzes gemaakt moeten worden: welke behandeling behoort tot het basispakket, welke niet? Als instrument voor het beheersen dan wel terugdringen van de zorguitgaven is pakketbeheer tot dusverre echter minder effectief gebleken.

De afgelopen jaren heeft de minister geprobeerd de groei van de zorguitgaven terug te dringen met pakketmaatregelen waarmee behandelingen uit het basispakket worden gehaald ('uitstroommaatregelen'). Sinds de inwerkingtreding van de Zvw in 2006 is met dergelijke maatregelen een relatief beperkte besparing geboekt. Meer dan eens blijven de besparingen van de afzonderlijke maatregelen achter bij de verwachtingen. De mogelijkheden voor verdere besparingen door nieuwe uitstroommaatregelen lijken beperkt.

In contrast met de aandacht die pakketmaatregelen vaak krijgen, zijn de standpunten die het Zorginstituut uitbrengt een wat onderbelichte vorm van pakketbeheer. Dat is wonderlijk, want ook deze uitspraken over behandelingen die wel of niet tot het basispakket gerekend mogen worden, kunnen bijdragen aan de beheersing van de zorguitgaven. Naleving van de standpunten stuit echter op verschillende belemmeringen. Daarnaast is de vraag of standpunten democratisch en maatschappelijk voldoende gedragen worden. Zeker bij standpunten die inhouden dat behandelingen niet langer uit de basisverzekering vergoed mogen worden, kan onvoldoende legitimering de acceptatie en naleving door patiënten en zorgaanbieders belemmeren.
Het is moeilijk om precies te zeggen welke bijdrage de standpunten tot dusverre hebben geleverd aan de beheersing van de zorguitgaven. Het is aannemelijk dat ze tot op heden slechts een beperkt drukkend effect hebben gehad op de zorguitgaven.

Inmiddels verschuift in de beleidsdiscussie over de beheersing van de zorguitgaven de aandacht naar de bevordering van gepast gebruik van (verzekerde) zorg. Gepast gebruik van zorg is de gedeelde verantwoordelijkheid van zorggebruikers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars (de veldpartijen). Sinds april 2014 kan het Kwaliteitsinstituut, een nieuw onderdeel van het Zorginstituut, gepast gebruik van zorg stimuleren en transparant maken.

De vraag is of pakketbeheer in de toekomst een grotere bijdrage kan leveren aan de beheersing van de zorguitgaven. We zijn daar voorzichtig positief over. De systematische aanpak die het Zorginstituut met het programma Zinnige Zorg heeft geïntroduceerd - bijvoorbeeld de doorlichting van het basispakket in cycli van vijf jaar - biedt goede aanknopingspunten om op termijn tot effectiever pakketbeheer te komen. Bovendien kan het Zorginstituut nu dankzij de start van het Kwaliteitsinstituut pakketadviezen en standpunten ontwikkelen in wisselwerking met richtlijnen om het gepast gebruik van zorg te bevorderen.

Onderzoeksbevindingen

Onze conclusie is gebaseerd op de bevindingen uit ons onderzoek, die wij hieronder samenvatten.

Beperkte mogelijkheden voor pakketmaatregelen
In de periode 2007-2013 heeft de minister van VWS - met betrokkenheid van het parlement - uitstroommaatregelen genomen waarvoor structurele besparingen van cumulatief ongeveer € 0,5 miljard per jaar zijn geraamd en ingeboekt.[3] Wij schatten in dat ongeveer de helft van de ingeboekte besparing - dus € 0,25 miljard per jaar - daadwerkelijk is gerealiseerd door de genomen pakketmaatregelen.

3
Behandelingen die eerst in het basispakket zijn toegelaten en later weer zijn uitgesloten, zijn niet meegenomen in deze som.

Het Ministerie van VWS volgt de realisatie van de besparingen na de inwerkingtreding van de uitstroommaatregelen niet systematisch. Zeker bij de maatregelen met een grote verwachte besparing (zoals fysiotherapie) mag dat toch worden verwacht. Informatie over gerealiseerde besparingen wordt zelden in begrotingen of jaarverslagen verwerkt. Op deze manier is het onduidelijk of de pakketmaatregelen van de minister het beoogde effect hebben, en dat is niet bevorderlijk voor de controlerende taak van de Tweede Kamer.

In het regeerakkoord van het kabinet-Rutte/Verhagen werd beoogd door middel van uitstroommaatregelen een bedrag van € 1,2 miljard te bezuinigingen op de zorguitgaven; met name behandelingen voor aandoeningen met een lage ziektelast zouden uit het basispakket worden gehaald. Bij nader inzien bleken de gevolgen te ingrijpend te zijn. De minister van VWS koos daarop voor een andere aanpak - met een vergelijkbaar besparingsdoel - in de vorm van de zorgakkoorden. Deze gang van zaken laat zien dat het niet gemakkelijk is om nog pakketmaatregelen te identificeren waarmee de zorguitgaven zonder al te grote bezwaren kunnen worden teruggedrongen.

Belemmeringen voor naleving standpunten

Voor de naleving van standpunten is het van belang dat ze op voldoende draagvlak bij de veldpartijen kunnen rekenen. De afgelopen jaren is dat niet altijd het geval geweest. In een enkel geval (het standpunt over blaasvloeistoffen) hebben patiënten zelfs een rechtszaak tegen het Zorginstituut aangespannen. Maar waarschijnlijk komt het in de praktijk vaker voor dat veldpartijen naar mogelijkheden zoeken om behandelingen toch vergoed te krijgen uit de basisverzekering (zie bijvoorbeeld het standpunt over varices/spataderen). Andere belemmeringen voor de naleving zijn de onbekendheid met standpunten (bij zorgaanbieders) en de soms beperkte controleerbaarheid (door zorgverzekeraars).
Voorgaande levert de vraag op wie uiteindelijk aanspreekbaar is op standpunten die voor zorggebruikers consequenties kunnen hebben. Dit is nu niet helder. Wij vragen de minister van VWS daarom aan te geven of de verantwoordelijkheid en bevoegdheid voor de geformuleerde standpunten bij de minister van VWS of bij het Zorginstituut ligt.

Ingeboekte besparingen op de kortere termijn onzeker

In het regeerakkoord van het kabinet-Rutte/Asscher (2012) zijn verschillende stappen aangekondigd om tot een stringent pakketbeheer te komen. Het Zorginstituut heeft hiertoe een start gemaakt met het programma Zinnige Zorg. Zoals gezegd, biedt deze systematische aanpak volgens ons goede aanknopingspunten om op de langere termijn tot een effectiever pakketbeheer te komen.[4]
Vanaf 2017 moet het programma al een structurele besparing van € 225 miljoen per jaar opleveren. Hiertoe zal het Zorginstituut op basis van de doorlichting van het basispakket verbetervoorstellen voor de zorgpraktijk opstellen. Het initiatief voor de implementatie hiervan wil het Zorginstituut echter aan de veldpartijen overlaten. Gezien het concrete besparingsdoel vanaf 2017 vragen wij ons af of het Zorginstituut deze laatste stap niet te vrijblijvend invult. Ook hierover vernemen wij graag de opvatting van de minister van VWS.

Meer aandacht voor gepast gebruik zorg

In beleidsdiscussie over de beheersing van de zorguitgaven wordt steeds meer nadruk gelegd op het gepast gebruik van (verzekerde) zorg. Gepast gebruik van zorg houdt in dat iedereen die zorg nodig heeft, de juiste zorg krijgt (niet te weinig, maar ook niet

4
Zo zal het Zorginstituut in cycli van vijf jaar systematische screenings uitvoeren van het basispakket aan de hand van de ICD-10 classificatie (International Statistical Classification of Deseases and Related Health Problems, versie 10).

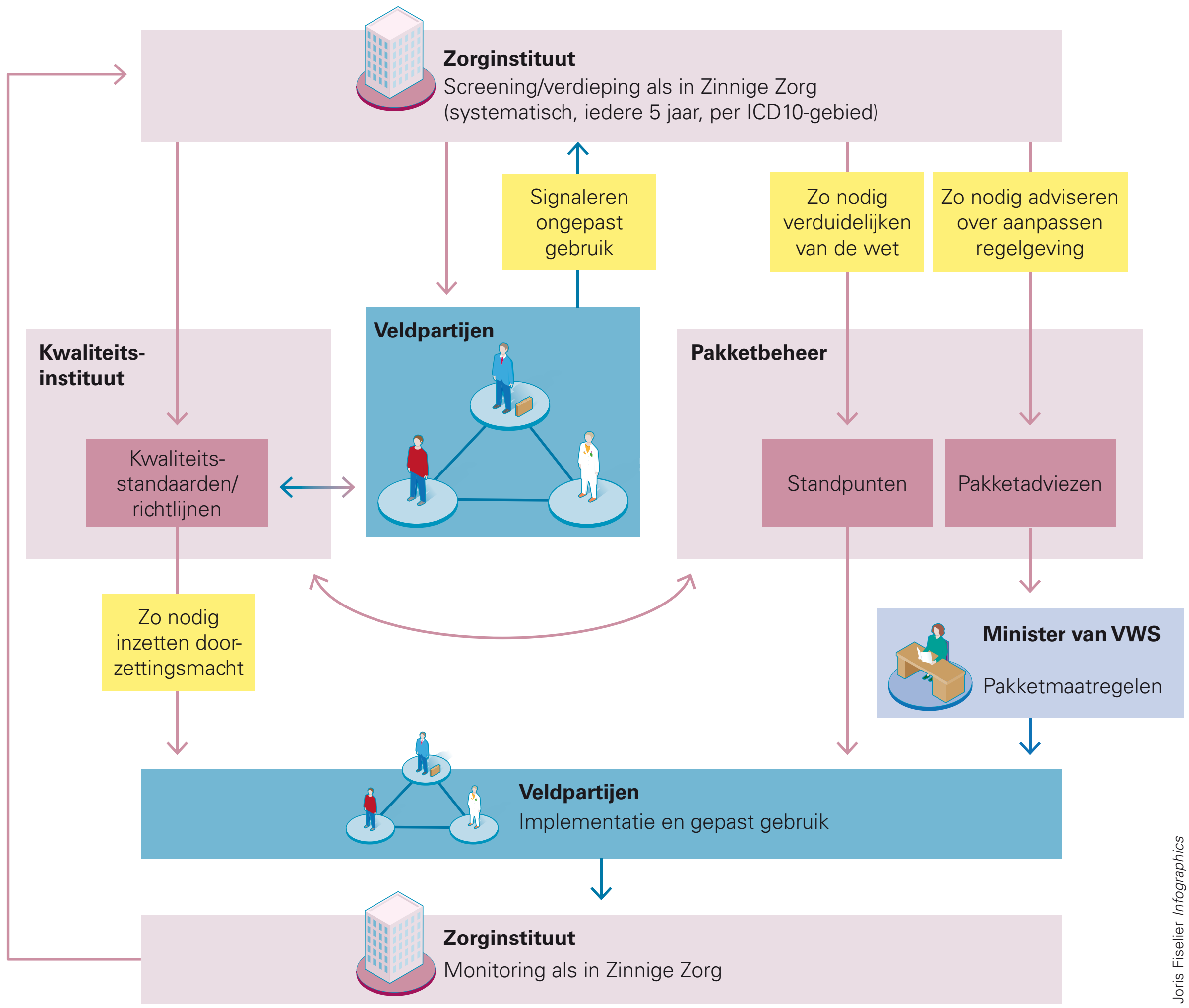
meer dan nodig) van de juiste hulpverlener/zorgaanbieder. Dit is een gedeelde verantwoordelijkheid van de veldpartijen. Zij moeten hun verantwoordelijkheid voor het gepast gebruik van zorg waarmaken binnen de kaders van het zorgverzekeringsstelsel.

Op 1 april 2014 is het Kwaliteitsinstituut van start gegaan, een nieuw onderdeel van het Zorginstituut. Het Zorginstituut heeft hiermee nu ook de taak om het gepast gebruik van (verzekerde) zorg te stimuleren en transparant te maken. Een belangrijk onderdeel hiervan is het stimuleren van veldpartijen om kwaliteitsstandaarden/richtlijnen voor zorg te ontwikkelen en te onderhouden.

Perspectief voor verdere ontwikkeling pakketbeheer

In de toekomst zou binnen het Zorginstituut geen sprake meer hoeven zijn van een afzonderlijk programma Zinnige Zorg; de systematische doorlichting en monitoring zou geïntegreerd kunnen zijn in het reguliere pakketbeheer. Tegelijkertijd zou tussen dit verbeterde pakketbeheer en de activiteiten van het Kwaliteitsinstituut een duidelijke samenhang tot stand moeten komen (zie figuur 2). Veldpartijen kunnen het voortouw nemen bij verbeteracties zoals het ontwikkelen van richtlijnen. Als dit niet gebeurt kan het Zorginstituut in casu het Kwaliteitsinstituut zijn doorzettingsmacht inzetten, standpunten uitbrengen of de minister adviseren een pakketmaatregel te nemen.

Figuur 2 **Verdere ontwikkeling pakketbeheer**



Aanbevelingen

Wij bevelen de minister van VWS het volgende aan:

- Laat de financiële gevolgen van de uitstroommaatregelen en standpunten systematisch door het Zorginstituut monitoren. Evalueer met name de uitstroommaatregelen met een (potentieel) groot financieel belang.
- Verwerk zowel de verwachte als de gerealiseerde financiële gevolgen van de uitstroommaatregelen en standpunten in het Financieel Beeld Zorg. Deel de beleidsmatige lessen met de Tweede Kamer.
- Geef aan of de verantwoordelijkheid en bevoegdheid voor de standpunten van het Zorginstituut bij de minister van VWS of bij het Zorginstituut ligt.
- Zie erop toe dat de belemmeringen voor de naleving van de standpunten worden teruggedrongen.
- Geef een visie op de implementatie van de verbetervoorstellen van het programma Zinnige Zorg.

Wij bevelen het Zorginstituut het volgende aan:

- Versterk de doorwerking van standpunten in de zorgpraktijk:
  - vergroot het draagvlak voor en de uitvoerbaarheid van nieuwe standpunten door veldpartijen meer bij de ontwikkeling te betrekken;
  - raam consequent de gevolgen van nieuwe standpunten voor de zorguitgaven;
  - maak (in samenwerking met de Nederlandse Zorgautoriteit) oude en nieuwe standpunten herkenbaar in de DBC-systematiek, het systeem waarmee zorgaanbieders de geleverde zorg kunnen registreren en declareren.
- Bevorder actief de uitvoering door de veldpartijen van de verbetervoorstellen uit het programma Zinnige Zorg.
- Werk uit hoe pakketbeheer en activiteiten van het Kwaliteitsinstituut elkaar aanvullen en versterken. Aarzel niet de wettelijke bevoegdheden van het Kwaliteitsinstituut in te zetten als veldpartijen hun rol niet oppakken.

Bestuurlijke reacties en nawoord Algemene Rekenkamer

De minister van VWS en het bestuur van Zorginstituut Nederland hebben respectievelijk op 9 april en 31 maart 2015 gereageerd op ons onderzoek. De minister onderschrijft op hoofdlijnen onze conclusie dat pakketbeheer als instrument voor het beheersen van de zorguitgaven tot dusverre minder effectief is gebleken. De minister heeft deze kabinetsperiode ingezet op stringent pakketbeheer, waarbij inhoudelijk wordt bekeken welke verzekerden wel en welke verzekerden niet zijn aangewezen op specifieke behandelingen. De minister is ervan overtuigd dat met deze aanpak de kwaliteit van zorg het beste is gediend en het pakketbeheer slimmer en rechtvaardiger wordt. Bovendien verwacht zij dat dit fors bijdraagt aan de realisatie van besparingen.

In reactie op onze aanbevelingen geeft de minister van VWS aan dat het financiële effect van pakketmaatregelen in het jaarverslag kwalitatief beschreven wordt omdat een exacte realisatie niet altijd te bepalen is. Voor de standpunten van het Zorginstituut geeft zij - evenals het Zorginstituut zelf - aan dat die niet primair tot doel hebben de zorguitgaven te beheersen. Volgens de minister zijn de financiële effecten van standpunten moeilijk te ramen. De minister en het Zorginstituut gaan niet specifiek in op de haalbaarheid van de financiële taakstelling van het programma Zinnige Zorg.

In ons nawoord wijzen wij erop dat de minister verwacht dat pakketbeheer in de toekomst fors bijdraagt aan de realisatie van besparingen. Wij zien hierin voor de minister een reden temeer om in begroting en jaarverslag zowel de beleidsmatige lessen als de financiële resultaten van pakketbeheer goed in beeld te brengen. Dat geldt niet alleen voor pakketmaatregelen maar ook voor standpunten.
Wij zijn het met de minister en het Zorginstituut eens dat standpunten niet primair tot doel hebben de ontwikkeling van de zorguitgaven te beheersen. Tegelijkertijd kunnen standpunten hier wel aan bijdragen. Het Zorginstituut is begonnen met het in beeld brengen van de financiële consequenties van standpunten en wil dit in de toekomst systematischer gaan doen. In dit verband raden we de minister aan het Zorginstituut duidelijk te maken hoe zij deze financiële gevolgen in het Financieel Beeld Zorg wil verwerken.
Gezien de financiële besparing die stringent pakketbeheer vanaf 2017 moet opleveren (€ 225 miljoen per jaar), moet de minister van VWS in begrotingen en jaarverslagen duidelijk aangeven of het beoogde besparingsdoel wordt gerealiseerd. Omdat de aanpak van Zinnige Zorg goede aanknopingspunten biedt voor effectiever pakketbeheer op de langere termijn, verdient het programma een grondige evaluatie. Op basis daarvan kunnen de minister en het Zorginstituut de ontwikkeling van het pakketbeheer verder vormgeven.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding tot dit onderzoek

De zorguitgaven in Nederland leggen in toenemende mate beslag op zowel de collectieve uitgaven als het inkomen van burgers. Volgens het Centraal Planbureau blijven de zorguitgaven op de lange termijn stijgen, van 13% van het bruto binnenlands product in 2011 tot 22% à 31% in 2040. Specifiek voor de curatieve zorg is de verwachting dat de zorguitgaven stijgen van 9% nu tot 13 à 21% van het bruto binnenlands product in 2040 (CPB, 2013).

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is verantwoordelijk voor handhaving van het Budgettair Kader Zorg (BKZ) en hecht daarom een groot belang aan de beheersing van de zorguitgaven. Zij kan op verschillende manieren de zorguitgaven beïnvloeden, bijvoorbeeld door:

- akkoorden af te sluiten met zorgsectoren (ziekenhuizen, geestelijke gezondheidszorg, medisch specialisten, huisartsen) waarin afspraken zijn gemaakt over een beheerste uitgavengroei en de mogelijke inzet van een macrobeheersingsinstrument bij overschrijdingen;
- eigen betalingen in te voeren dan wel te verhogen;
- de informatievoorziening te verbeteren waardoor eerder zicht ontstaat op dreigende overschrijdingen en tijdig ingrijpen mogelijk wordt;
- het beheer van het verzekerde pakket (het basispakket), wat tot inperking en/of betere naleving van het pakket kan leiden.

De Algemene Rekenkamer wil met de reeks *Uitgavenbeheersing in de zorg* bijdragen aan verbetering van het inzicht in de uitgaven en mogelijkheden die het zorgstelsel biedt om de uitgaven te beïnvloeden. In 2011 hebben wij in ons eerste rapport *Uitgavenbeheersing in de zorg* op macroniveau gekeken naar de zorguitgaven en de mogelijkheden van de minister van VWS om deze te beheersen (Algemene Rekenkamer, 2011). In 2013 hebben wij vervolgens in ons rapport *Transparantie ziekenhuisuitgaven* onderzoek gedaan naar de totstandkoming van informatie bij de controle op en de verantwoording over de ziekenhuisuitgaven (Algemene Rekenkamer, 2013).
In dit derde onderzoek in de reeks richten we ons op het pakketbeheer als instrument voor de beheersing van de zorguitgaven. We verstaan hieronder het *afbakenen* van het basispakket en het *verduidelijken* (aan de veldpartijen: zorgverzekeraars, zorgaanbieders en zorggebruikers) of specifieke behandelingen wel of niet tot het basispakket behoren. In paragraaf 1.2 gaan we in op de achtergronden van pakketbeheer.

Ongeacht de vorm van hun zorgstelsel kennen veel landen een vorm van pakketbeheer. Dit hangt samen met de blijvende noodzaak om keuzes te maken. Dankzij de voortgaande technologische ontwikkeling worden er voortdurend nieuwe behandelingen in de zorg geïntroduceerd. Daardoor is telkens opnieuw de vraag aan de orde welke behandelingen collectief worden verzekerd en welke niet.

In het regeerakkoord verwacht het kabinet-Rutte/Asscher van een stringent pakketbeheer een belangrijke bijdrage aan de beheersing van de zorguitgaven. Maar ook daarvoor al nam de minister van VWS uit een oogpunt van uitgavenbeheersing bijna ieder jaar pakketmaatregelen waarmee behandelingen niet langer onder de basisverzekering

vielen. In dit onderzoek bekijkt de Algemene Rekenkamer wat de mogelijkheden van pakketbeheer zijn om een grotere bijdrage te leveren aan de beheersing van de zorguitgaven. We beperken ons tot het basispakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw), oftewel de curatieve zorg.[5]

1.2 Pakketbeheer: achtergronden

Het basispakket
Iedere volwassene die in Nederland woont en/of werkt, is verplicht verzekerd voor curatieve zorg, draagt premie af en heeft een verplicht eigen risico. Het basispakket van de Zvw wordt collectief gefinancierd en omvat alle behandelingen die onder de verplichte verzekering vallen.[6] Uit het basispakket worden bijvoorbeeld de kosten gedekt voor een bezoek aan de huisarts of een ziekenhuisopname. Voor andere behandelingen kunnen burgers aanvullende verzekeringen sluiten en/of zelf betalen.

Open systeem met automatische in- en uitstroom
De Zvw regelt de inhoud van het basispakket. In tegenstelling tot bijvoorbeeld België, kent Nederland geen eindige lijst van behandelingen die door de zorgverzekering worden gedekt; in de wet zijn voorwaarden opgenomen waaraan behandelingen moeten voldoen om gedekt te worden door de basisverzekering (zie het tekstkader).

Voorwaarden voor vergoeding uit de basisverzekering
Voor vergoeding uit de basisverzekering stelt de wet als voorwaarde dat de behandeling:
- voldoet aan ‘stand van de wetenschap en praktijk’ (Besluit Zorgverzekering, artikel 2.1, lid 2). Dit betekent dat er voldoende bewijs moet zijn dat de behandeling *effectief* is;
- behoort tot de geneeskundige zorg, mondzorg enzovoorts, zoals de beroepsgroepen deze ‘plegen te bieden’ (Besluit Zorgverzekering, artikel 2.4, lid 1).

Een nieuwe *effectieve* behandeling die onder deze algemene omschrijving valt, komt automatisch in het basispakket. Verouderde behandelingen die niet meer effectief zijn stromen automatisch uit het basispakket.

Doordat de wet op deze manier omschrijft welke zorg tot het basispakket behoort, is er sprake van een open systeem met automatische instroom en uitstroom van behandelingen in het basispakket. Nieuwe behandelingen behoeven niet expliciet beoordeeld te worden door het Ministerie van VWS of het Zorginstituut voordat ze vergoed mogen worden uit de basisverzekering.

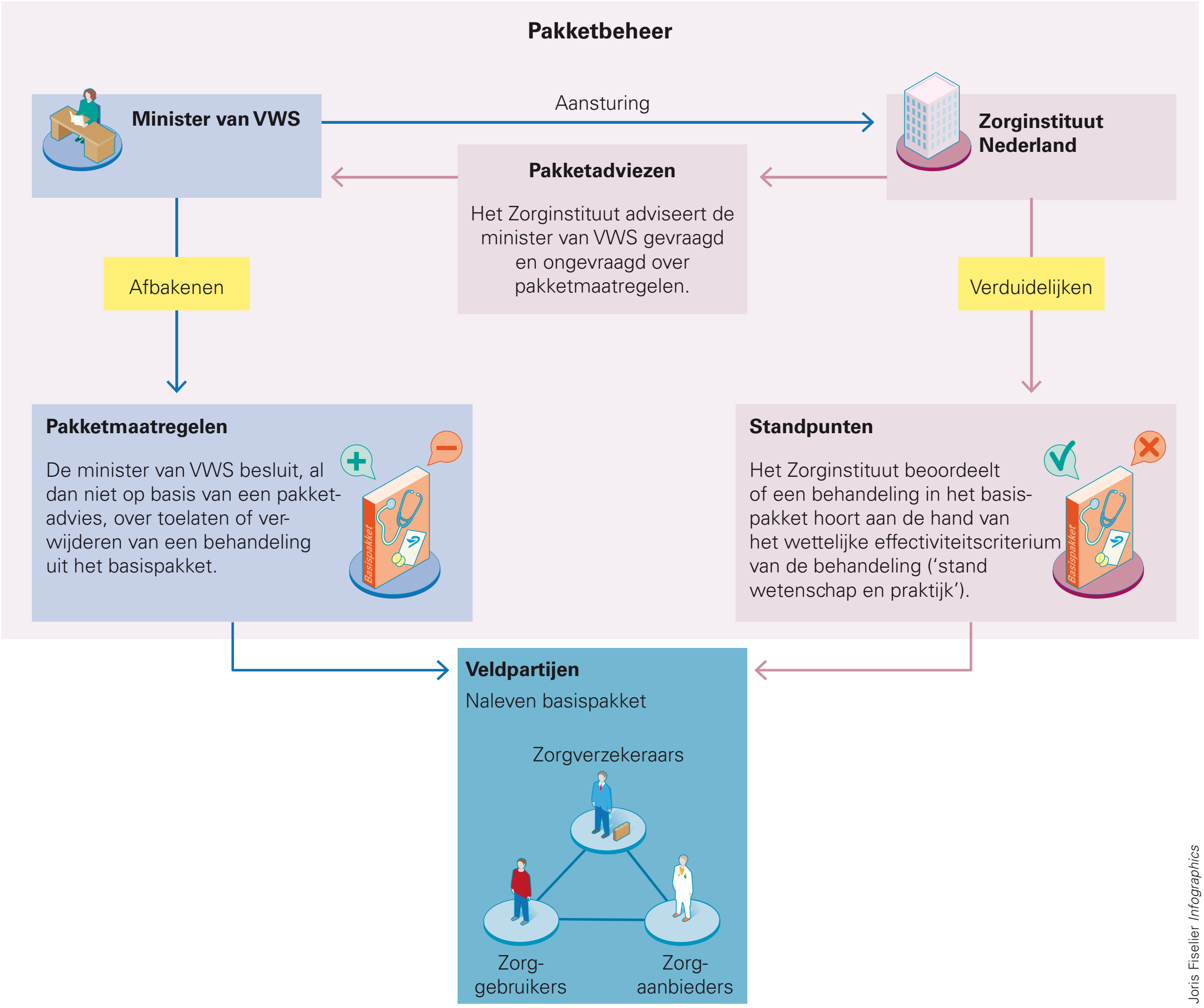
Het Ministerie van VWS neemt de automatische in- en uitstroom op in de begroting in de groeiruimte van de curatieve zorg. Via de jaarlijkse groeiruimte accommodeert het ministerie de prijs- en volumeontwikkelingen die worden veroorzaakt door innovatie en demografische ontwikkelingen.

Pakketbeheer - rollen minister VWS en Zorginstituut
Bij het beheer van het basispakket vervullen zowel de minister van VWS als het Zorginstituut een rol (zie figuur 3).

5
Ook de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) kent een basispakket waar specifieke (langdurige) behandelingen onder vallen. De AWBZ-zorg blijft in dit rapport buiten beschouwing.

6
Voor de omschrijving van de inhoud van het basispakket worden veel verschillende termen gebruikt: verzekerde prestaties, interventies, (vormen van) zorg etc. Wij gebruiken in dit rapport consequent de term *behandeling*.

Figuur 3 **Rollen minister VWS en Zorginstituut**



Binnen de kaders van de Zorgverzekeringswet is de minister van VWS bevoegd de samenstelling van het basispakket te wijzigen (zie tekstkader) door middel van pakketmaatregelen. In dit rapport richten we ons vooral op *uitstroommaatregelen*. Met zulke maatregelen kan de minister van VWS specifieke behandelingen uit het basispakket halen om - zo is de gedachte - op de zorguitgaven te besparen. Wanneer de minister een behandeling uit het pakket heeft gehaald, wordt deze voor niemand meer vergoed.

Pakketmaatregelen - bevoegdheden minister en parlement

In de Zvw is geregeld dat de wetgever bepaalt welke behandelingen tot het basispakket behoren. In de Zvw is deze bevoegdheid gedelegeerd aan de regering (artikel 11); bij algemene maatregel van bestuur kan de minister van VWS wijzigingen doorvoeren in het basispakket. In artikel 124 van de Zvw is wel bepaald dat de ontwerpmaatregel aan beide kamers der Staten-Generaal moet worden 'overgelegd', vier weken voordat ze wordt afgerond en vastgesteld. In deze periode kunnen de Kamers het voorstel agenderen en bespreken en eventueel moties indienen. In de praktijk is het parlement ook duidelijk betrokken bij de pakketmaatregelen, wat bijdraagt aan de democratische legitimatie van pakketmaatregelen.

De minister van VWS stuurt daarnaast op hoofdlijnen het Zorginstituut aan. De minister stelt jaarlijks het budget, de jaarrekening en het werkprogramma van het Zorginstituut vast.[7] Het Zorginstituut wordt gefinancierd uit de rijksbegroting.

7
Artikelen 71-75 Zvw.

Het Zorginstituut heeft de wettelijke taak de ontwikkelingen in de zorg te volgen en te beoordelen of zorg thuishoort in het basispakket. In dit kader brengt het Zorginstituut allereerst gevraagd en ongevraagd *pakketadviezen* uit aan de minister van VWS over de samenstelling van het basispakket.[8] Op basis daarvan kan de minister besluiten pakketmaatregelen te nemen.

Naast deze adviezen kan het Zorginstituut ook zogenoemde *standpunten* uitbrengen.[9] In deze publicaties verduidelijkt het Zorginstituut - op verzoek van zorgaanbieders, zorgverzekeraars of op eigen initiatief - de wet: behoort een specifieke behandeling op grond van de voorwaarden van de Zvw tot het basispakket of niet? Zie paragraaf 3.1 voor een verdere toelichting op deze vorm van pakketbeheer.

Bij de naleving van het vastgestelde basispakket spelen de zorgaanbieders en met name de zorgverzekeraars een belangrijke rol. De zorgaanbieders moeten hun patiënten informeren als zij zorg verlenen die niet in het basispakket zit. De zorgverzekeraars kopen de zorg in, vergoeden de behandelingen en controleren de declaraties van de zorgaanbieders. Bij de uitvoering van deze taken volgen zij doorgaans de standpunten van het Zorginstituut.

Uitstroommaatregel versus standpunt

Een uitstroommaatregel is een besluit van de wetgever, waarmee een behandeling die op zich aan alle wettelijke vereisten voldoet, expliciet en democratisch gelegitimeerd uit het basispakket wordt gehaald. Een standpunt is een publicatie waarin het Zorginstituut van een specifieke behandeling aangeeft of deze al dan niet aan de wettelijke vereisten voldoet. Zo niet, dan mag de behandeling niet door de basisverzekering vergoed worden. In tegenstelling tot een pakketmaatregel houdt een standpunt geen beleidswijziging in. Het Zorginstituut brengt standpunten uit om met name de zorgverzekeraars te ondersteunen bij hun rol in het zorgstelsel.

Gesloten systeem voor geneesmiddelen

Voor geneesmiddelen die via de apotheek worden geleverd (extramurale geneesmiddelen) geldt een ander systeem dan voor behandelingen die automatisch in- en uitstromen. Geneesmiddelen worden pas toegelaten tot het basispakket als het Zorginstituut positief heeft geadviseerd en de minister van VWS dat advies overneemt. Hier wordt dan ook wel gesproken over een gesloten systeem. In dit rapport besteden we geen aandacht aan de toelating van geneesmiddelen. Wel nemen we in onze analyse van uitstroommaatregelen (hoofdstuk 2) ook de maatregelen mee die betrekking hebben op geneesmiddelen.

1.3 Zorguitgaven: ontwikkeling en beheersing in 2013

De uitgaven voor de curatieve zorg worden grotendeels gefinancierd met premiegelden (inkomensafhankelijke bijdragen en nominale premies) en vallen onder een speciaal uitgavenkader, het BKZ.[10] Onder dit kader vallen ook de uitgaven aan de langdurige zorg. Het Ministerie van VWS rapporteert over het BKZ in het Financieel Beeld Zorg dat naast de VWS-begroting en het jaarverslag wordt gepubliceerd.

De begrote netto BKZ-uitgaven voor 2013 van € 65,8 miljard uit figuur 4 bestaan uit € 70,5 miljard aan bruto BKZ-uitgaven en € 4,7 miljard BKZ-ontvangsten. De minister van VWS is verantwoordelijk voor handhaving van het BKZ en hecht daarom een groot belang aan de beheersing van de zorguitgaven.[11]

8
Artikel 66 Zvw.

9
Artikel 64 Zvw.

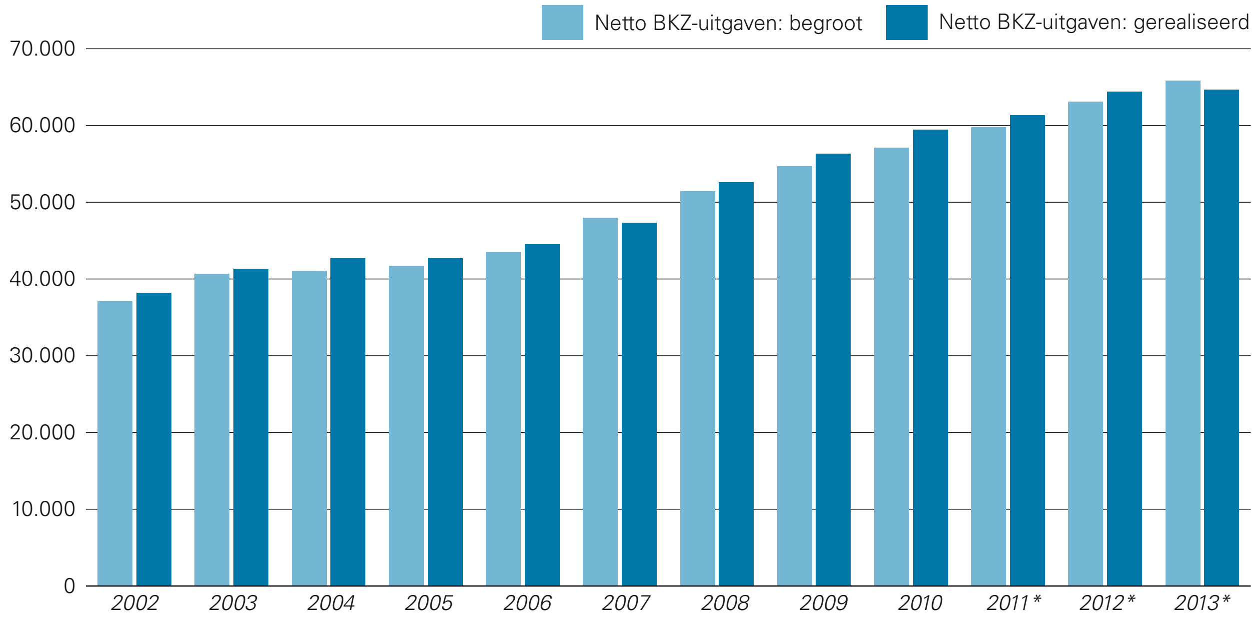
10
Er is een bruto- en netto-BKZ. Het bruto-BKZ betreft het geheel aan uitgaven waarvan afgesproken is dat zij onder dit kader vallen. Dit zijn hoofdzakelijk uitgaven op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw), AWBZ en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). De netto-uitgaven binnen het BKZ zijn de bruto-uitgaven, verminderd met de eigen betalingen van de zorggebruiker zoals het gerealiseerde verplichtige eigen risico in de Zvw.

11
Zie de brief van de minister van Financiën van 12 juni 2013 over de modernisering van de Comptabiliteitswet 2001, bijlage 2 (33 670, nr. 1): "De minister van VWS heeft de politieke verantwoordelijkheid om de (netto BKZ-relevante) zorguitgaven per saldo te laten passen binnen het BKZ; dit maakt onderdeel uit van de begrotingsregels."

In de praktijk blijken de zorguitgaven moeilijk te beheersen. De verwachte onderschrijding van het netto BKZ met € 1,1 miljard in 2013 is een positieve ontwikkeling, maar in het licht van de stelselmatige overschrijdingen van de BKZ-ramingen sinds 2002 een uitzondering (zie figuur 4).

In de curatieve sector zijn de zorgakkoorden een belangrijk sturingsinstrument van de minister. Voor de periode 2012-2014 heeft de minister akkoorden gesloten met vrijwel alle sectoren: ziekenhuizen, medisch specialisten, geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (G-GGZ) en huisartsen. Ook voor de periode van 2015-2017 zijn akkoorden van kracht met daarin afspraken over volumegroei, kwaliteit en doelmatigheid van de zorg. De partijen onderschrijven ook dat een continue, systematische doorlichting van het basispakket noodzakelijk is.

Figuur 4 **Ontwikkeling netto BKZ-uitgaven 2002-2013 (in € miljoen)**



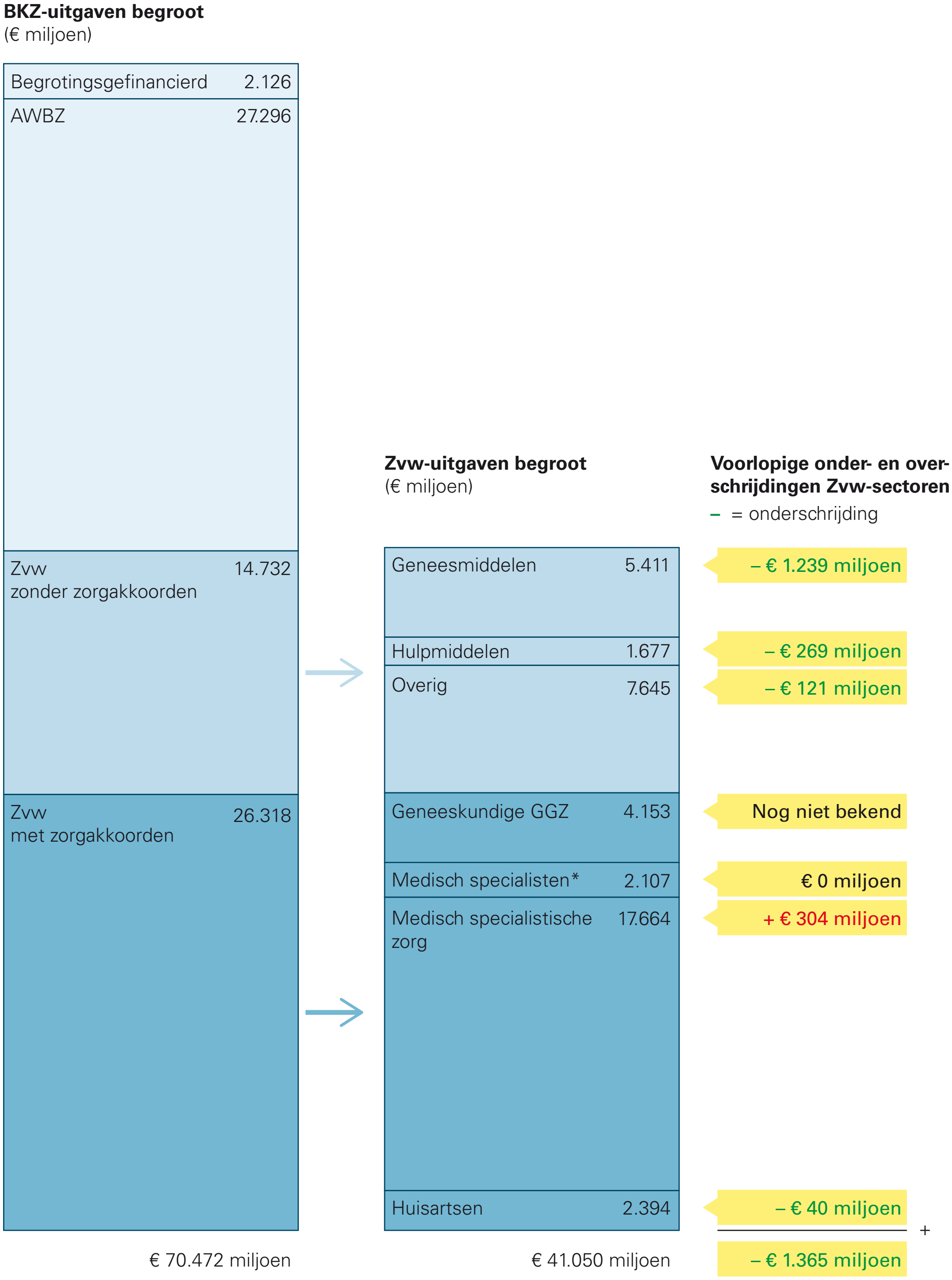
*Voorlopige realisatiecijfers

Bron: begrotingen en jaarverslagen van het Ministerie van VWS

De thans voorziene onderschrijding van de netto BKZ-uitgaven in 2013 van € 1,1 miljard is terug te voeren op lager dan verwachte Zvw uitgaven. De voorlopige bruto realisatiecijfers voor de Zvw in figuur 5 laten zien dat in 2013 vooral minder is uitgegeven aan geneesmiddelen en hulpmiddelen. In de sectoren waarvoor de minister een akkoord heeft gesloten zijn de financiële resultaten gemengd.

- De instellingen in de medisch-specialistische zorg hebben € 304 miljoen meer uitgegeven dan begroot.
- Aan huisartsenzorg is € 40 miljoen minder uitgegeven.
- De vrijgevestigde medische specialisten zijn binnen het afgesproken kader gebleven.
- Voor de G-GGZ waren er nog geen betrouwbare realisatiecijfers.

Figuur 5 **Bruto BKZ- en Zvw-uitgaven 2013**



*Vrijgevestigde medisch specialisten

Bron: Begroting en jaarverslag Ministerie van VWS 2013

1.4 Aanpak en leeswijzer

Vraagstelling en aanpak

In dit derde onderzoek in de reeks *Uitgavenbeheersing in de zorg* beantwoorden wij de vraag wat de mogelijkheden zijn om met behulp van pakketbeheer een grotere bijdrage te leveren aan de beheersing van de zorguitgaven. Daarvoor hebben wij niet alleen gekeken naar de effectiviteit van pakketmaatregelen (maatregelen als middel om te

bezuinigen), maar ook naar de naleving van het basispakket via de 'standpunten' van het Zorginstituut en naar de samenhang met gepast gebruik van zorg. Hiertoe heeft het onderzoeksteam (door middel van *desk research* en gesprekken) de organisatie en uitvoering onderzocht van het pakketbeheer door het Ministerie van VWS en het Zorginstituut. We hebben gesproken met onder meer het Ministerie van VWS, het Zorginstituut en de Nederlandse Zorgautoriteit. De opkomst van de Da Vinci robot is als casus gebruikt in gesprekken met medewerkers van zorgverzekeraars en een academisch ziekenhuis.

Voor de uitvoering van het onderzoek waren wij afhankelijk van de vrijwillige medewerking van veldpartijen. Dit heeft allereerst te maken met de onderzoeksbevoegdheden van de Algemene Rekenkamer zoals vastgesteld in de Comptabiliteitswet, die niet op zorgaanbieders van toepassing zijn. Bovendien is in de Zvw bepaald dat de bevoegdheden van de Algemene Rekenkamer niet van toepassing zijn op de besteding van de publieke middelen die de zorgverzekeraars op grond van de Zvw ontvangen.

Leeswijzer
In hoofdstuk 2 gaan we in op de pakketmaatregelen van de minister van VWS. Wij kijken hierbij in het bijzonder naar de besparingen van de uitstroommaatregelen. Vervolgens besteden we in hoofdstuk 3 aandacht aan de standpunten van het Zorginstituut.

In het regeerakkoord van het kabinet-Rutte/Asscher is afgesproken dat de stijging van de zorgkosten zal worden gedrukt door het pakketbeheer (zoals dat in de hoofdstukken 2 en 3 is beschreven) aan te scherpen. Dit wordt ook wel stringent pakketbeheer genoemd. Hierover gaat hoofdstuk 4.

Deels als alternatief voor een stringent pakketbeheer krijgt de bevordering van gepast gebruik van (verzekerde) zorg steeds meer aandacht. In hoofdstuk 5 beschrijven we de rol van het Zorginstituut i.c. het nieuwe Kwaliteitsinstituut bij de bevordering van gepast gebruik.

Het rapport sluit af met de bestuurlijke reacties van de minister van VWS en het Zorginstituut en ons nawoord in hoofdstuk 6.

Casus: Da Vinci robot

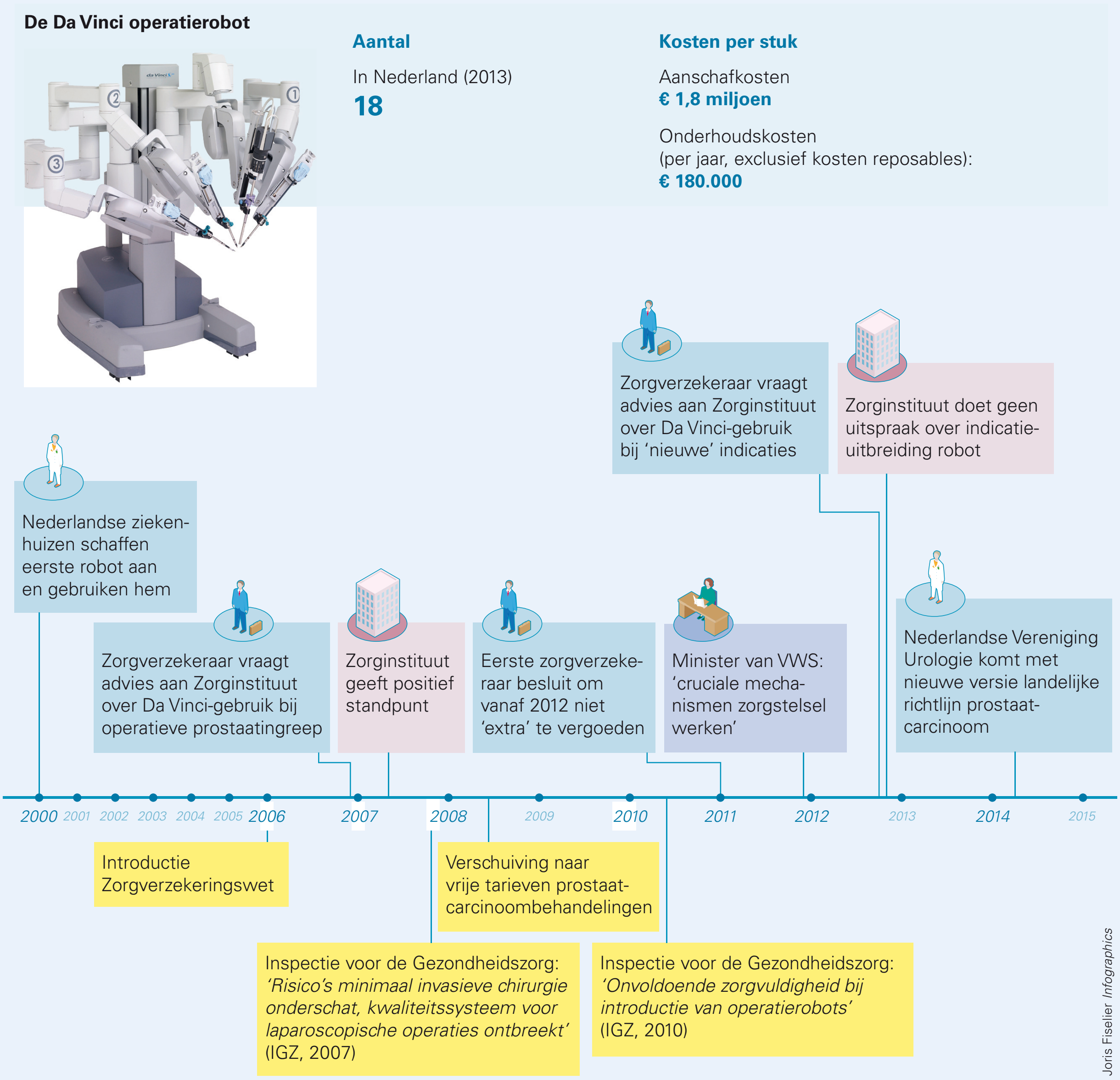
Het voorbeeld van de Da Vinci operatierobot illustreert hoe het zorgverzekeringsstelsel omgaat met de introductie van nieuwe technieken in de zorgpraktijk. In het vervolg van het rapport zullen we ter verduidelijking waar mogelijk verder uit deze casus putten.

Instroom van behandelingen in het basispakket - casus Da Vinci robot

De Da Vinci robot is een robottechniek in de medisch-specialistische zorg. In 2000 werd voor het eerst een Da Vinci robot door een Nederlands ziekenhuis aangeschaft en onder meer voor prostaatoperaties in gebruik genomen, nadat de robot als techniek met CE-markering op de markt was toegelaten.

Een behandeling zoals een prostaatoperatie komt in het basispakket als deze conform wetenschap en praktijk is en voldoet aan het criterium 'zoals zorgaanbieders plegen te bieden'. Of deze robottechniek wordt gebruikt en vergoed, is in de systematiek van de Zvw in eerste instantie ter beoordeling van respectievelijk de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar. Over het gebruik en de vergoeding van de robot is veel discussie ontstaan omdat de robot relatief duur is in aanschaf en onderhoud.

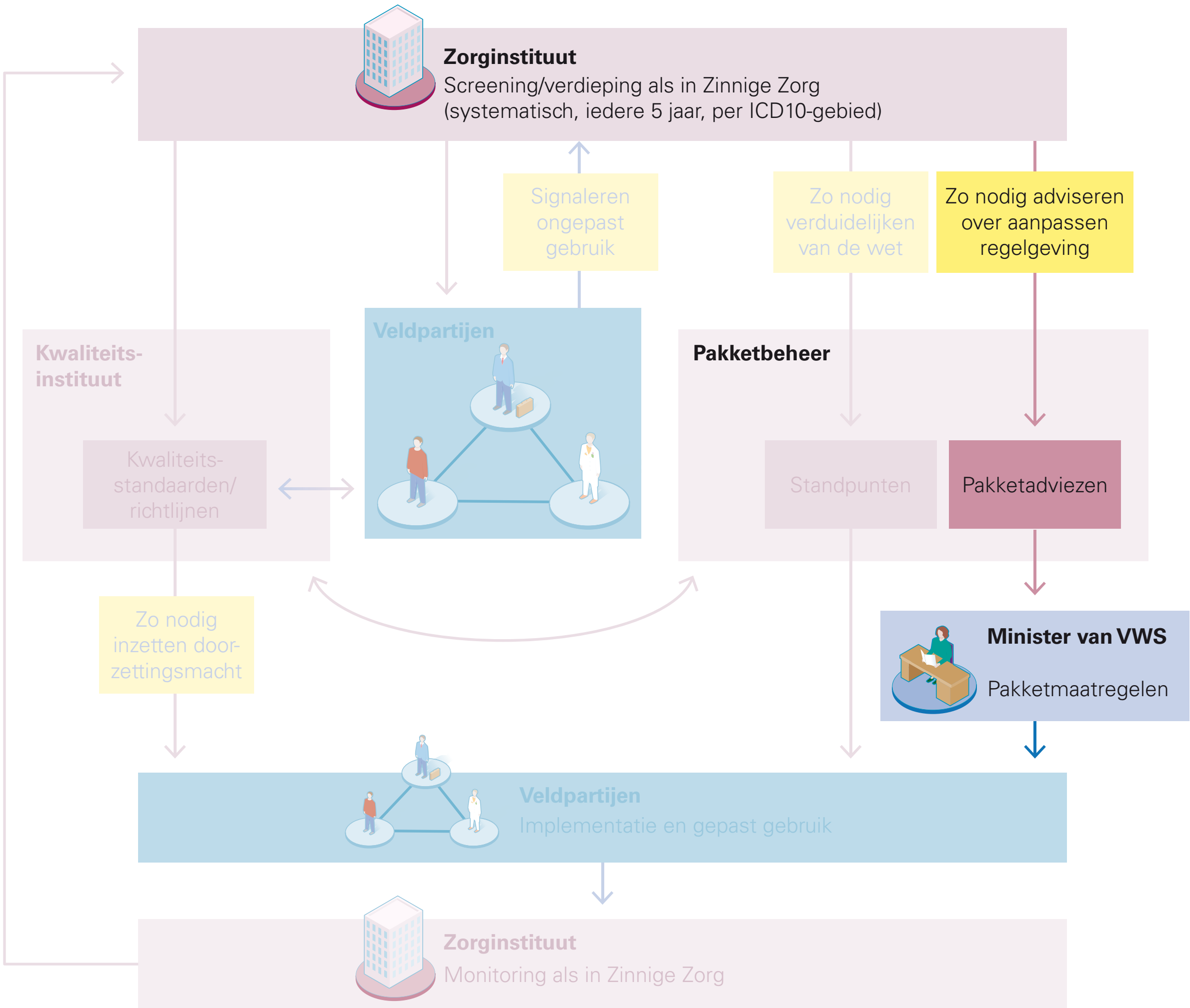
Figuur 6 **Introductie Da Vinci robot in zorgstelsel**



2 Pakketmaatregelen

In dit hoofdstuk beschrijven we van het pakketbeheer het onderdeel pakketmaatregelen.

Figuur 7 **Ontwikkeling pakketbeheer in beeld**



Voor de pakketmaatregelen die in de periode 2007-2013 zijn genomen, heeft het Ministerie van VWS cumulatief ongeveer € 0,5 miljard aan structurele besparingen ingeboekt. Onze voorzichtige conclusie is dat pakketmaatregelen tot ongeveer de helft van de beoogde besparingen hebben geleid, dus structureel ongeveer € 0,25 miljard. Op basis hiervan concluderen we dat pakketmaatregelen een beperkt effectief instrument zijn om de zorguitgaven terug te dringen. Dat hiernaast jaarlijks nog eens € 0,1 miljard wordt bespaard dankzij dalende geneesmiddelenprijzen, beschouwen we als een meevaller.

Het Ministerie van VWS houdt de realisatie van de ingeboekte besparingen niet systematisch bij. Informatie over gerealiseerde besparingen van pakketmaatregelen wordt zelden in begrotingen en jaarverslagen verwerkt. Op deze manier is het onduidelijk of

het beleid van de minister het gewenste effect heeft en kunnen de minister en de Tweede Kamer geen lessen trekken voor de toekomst.

Na het schrappen van de lageziektelastmaatregel in 2013 heeft de minister van VWS geen nieuwe pakketmaatregelen aangekondigd. De recente geschiedenis bevestigt dat er (zeer) beperkte mogelijkheden zijn voor verdere besparingen door min of meer voor de hand liggende - voor de zorggebruiker relatief pijnloze - pakketmaatregelen.

Aanbevelingen
Wij bevelen de minister van VWS aan om het effect van alle genomen uitstroommaatregelen systematisch door het Zorginstituut te laten monitoren en in elk geval de uitstroommaatregelen met een (potentieel) groot financieel belang te laten evalueren.
De beleidsmatige lessen moeten met de Tweede Kamer worden gedeeld en de financiële consequenties moeten duidelijk zichtbaar in het Financieel Beeld Zorg worden verwerkt.

2.1 Wat zijn pakketmaatregelen?

Om de zorguitgaven te beïnvloeden kan de minister van VWS pakketmaatregelen nemen. In de Memorie van Toelichting van de Zvw staat hierover dat de overheid met het vastleggen van het pakket de doelmatigheid van verzekerde zorg kan bewaken en via pakketingrepen een bijdrage aan de financiële houdbaarheid kan leveren (Tweede Kamer, 2004).

Een pakketmaatregel is een besluit van de minister van VWS om een behandeling *toe te laten* tot het basispakket of *eruit te halen*.[12] Als een behandeling uit het basispakket wordt gehaald (een uitstroommaatregel), wordt deze voor niemand meer uit de basisverzekering vergoed.
De minister kan ook *voorwaarden* verbinden aan de vergoeding van een behandeling, bijvoorbeeld een bepaalde leeftijd van de patiënt of het aantal vergoede behandelingen. Een voorbeeld daarvan is de pakketmaatregel fysiotherapie uit 2011 (zie bijlage 2).

Een maatregel waarbij een behandeling integraal uit het basispakket wordt gehaald is een vrij grove ingreep. Een voorbeeld van een integrale pakketmaatregel is de uitstroom van het combinatiepreparaat paracetamol/codeïne uit 2013 (zie bijlage 2). Zo'n maatregel gaat in beginsel voorbij aan de verschillen in ziektelast tussen mensen, of aan verschillen in effectiviteit van de behandeling voor de ene indicatie of de andere. Daarom wordt soms gekozen voor een pakketmaatregel waarbij de vergoeding uit de basisverzekering slechts gedeeltelijk wordt ingeperkt en onder bepaalde voorwaarden toch aanspraak blijft bestaan op die vergoeding. Een voorbeeld daarvan zijn de slaap- en kalmeringsmiddelen (benzodiazepinen) die sinds 2009 niet meer vergoed worden, met uitzondering van gebruik bij - onder meer - epilepsie of angststoornissen.

Een pakketmaatregel heeft in principe betrekking op een behandeling, niet op de manier waarop een zorgaanbieder de behandeling uitvoert. Dat maakt een pakketmaatregel tot een minder geschikte manier om de inzet te reguleren van een op zich effectief, maar verhoudingsgewijs duur hulpmiddel zoals een operatierobot (zie het tekstkader hierna).

12
Onder pakketmaatregelen verstaan we in dit rapport niet het verhogen van de eigen bijdragen of het verschuiven van zorg van bijvoorbeeld de AWBZ naar de Zvw.

Casus Da Vinci robot - geen pakketmaatregel

De Da Vinci robot is voornamelijk geïntroduceerd als techniek voor de chirurgische behandeling van prostaatkanker en vooral bedoeld voor hoog-complexe ingrepen. Deze robotgestuurde radicale prostatectomie is één van de drie chirurgische behandelingen voor het verwijderen van de prostaatklier en omringend weefsel bij prostaatkanker (naast 'open radicale prostatectomie' of de 'open operatietechniek', en de gewone 'laparoscopische radicale prostatectomie' of gewone 'kijkoperatie').

Bij de Da Vinci robot is geen sprake geweest van een pakketmaatregel omdat 'traditioneel pakketbeheer' uitgaat van de vraag of je recht hebt (aanspraak maakt) op een bepaalde behandeling (prostaatoperatie), maar niet direct iets zegt over de manier waarop de behandeling wordt uitgevoerd (operatie met of zonder robot). Het besluit over een prostaatoperatie en de manier waarop deze wordt uitgevoerd, is de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder die hierbij medische richtlijnen als uitgangspunt neemt. De hoogte van de vergoeding voor de behandeling (prostaatoperatie), waarbij kosteneffectiviteit van de robot in vergelijking met de andere twee chirurgische ingrepen een rol speelt, wordt bepaald door de zorgverzekeraar in onderhandeling met de zorgaanbieder.

In de periode 2007-2013 heeft de minister van VWS 30 pakketmaatregelen genomen, zie onderstaande tabel. Een volledig overzicht met een toelichting per maatregel is te vinden in bijlage 2.

Tabel 1 **Aantal pakketmaatregelen 2007-2013**

Type maatregel	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Totaal
Instroom*	0	3	1	2	1	1	2	10
Uitstroom	0	0	3	1	5	7	4	20
Totaal	0	3	4	3	6	8	6	30

* Exclusief de toelatingsbesluiten voor nieuwe geneesmiddelen.

Bron: VWS, 2013a[13]

In enkele gevallen is sprake geweest van een uitstroommaatregel waarmee geheel of gedeeltelijk een eerdere instroommaatregel werd teruggedraaid. Voorbeelden hiervan zijn de jeugdtandzorg en de anticonceptiepil.[14]

2.2 Rol van adviezen Zorginstituut

Het Zorginstituut adviseert de minister van VWS over de samenstelling van het basispakket. In veel gevallen vormt een verzoek van de minister of van veldpartijen de aanleiding om een advies op te stellen. Gemiddeld brengt het Zorginstituut drie adviezen per jaar uit over de in- en uitstroom van behandelingen (afgezien van de adviezen over de toelating van nieuwe geneesmiddelen). Het Zorginstituut adviseert de minister niet alleen door middel van in- en uitstroomadviezen maar ook met bijvoorbeeld monitors en pakketscans. Ook deze publicaties kunnen aanleiding geven tot een pakketmaatregel.

De minister van VWS beslist - met betrokkenheid van het parlement, zie hoofdstuk 1 - of zij het advies van het Zorginstituut overneemt. In de periode 2007-2013 heeft de minister de meeste adviezen van het Zorginstituut grotendeels overgenomen. In sommige gevallen heeft de minister het advies niet direct overgenomen maar enkele jaren later.

13
Twee pakketmaatregelen ontbreken in het overzicht van VWS (uitbreiding kraamuren in 2008 en beperking aantal zittingen bij eerstelijns psycholoog in 2012). Deze hebben wij hier toegevoegd.

14
Twee behandelingen waren zelfs drie keer onderwerp van een pakketmaatregel:
- 'dieetadvisering': ingestroomd in 2009 (verruiming van de aanspraak), uitgestroomd in 2012, ingestroomd in 2013;
- 'stoppen met roken': ingestroomd in 2011, uitgestroomd in 2012, ingestroomd in 2013.

De minister van vws kan ook pakketmaatregelen nemen zonder advies van het Zorginstituut. In de periode 2007-2013 baseerde de minister zich bij ongeveer de helft van de pakketmaatregelen op adviezen van het Zorginstituut; voor de andere helft was sprake van andere (politieke) aanleidingen (zie bijlage 2).

Proces van adviseren
Het Zorginstituut baseert zijn adviezen op de vier pakketcriteria (zie tekstkader voor toelichting):
- effectiviteit;
- noodzakelijkheid;
- kosteneffectiviteit;
- uitvoerbaarheid.

Het Zorginstituut beoordeelt de vier criteria in samenhang. Dit geldt alleen niet voor het criterium effectiviteit, dat wel omschreven wordt als een 'knock-outcriterium': wanneer een behandeling niet effectief is, volstaat dat om deze uit te sluiten van het basispakket.

Pakketcriteria
- *Effectiviteit*
Het pakketcriterium effectiviteit is het enige criterium dat in de wet is vastgelegd. In de Zvw wordt dit criterium omschreven als voldoen aan de 'stand van de wetenschap en praktijk'. Op basis van medisch-wetenschappelijk literatuuronderzoek oordeelt het Zorginstituut of er overtuigend bewijs is dat de behandeling effectief is.
- *Kosteneffectiviteit*
Staan de (meer)kosten van een behandeling in redelijke verhouding tot de effectiviteit?
- *Noodzakelijkheid*
Rechtvaardigt de ziekte of de benodigde zorg een claim op de solidariteit? Dit criterium kent twee dimensies: de ernst van de aandoening (hoe groot is de ziektelast?) en de noodzaak om de behandeling te verzekeren (is opname in het verzekerde pakket noodzakelijk?).
- *Uitvoerbaarheid*
Welke factoren kunnen een succesvolle uitvoering van een pakketmaatregel belemmeren of bevorderen?

Bron: CVZ, 2013a

Het Zorginstituut verzamelt en beschrijft alle relevante feiten en stuurt die (al dan niet met een conceptadvies) aan de veldpartijen: patiëntenorganisaties, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en producenten. Hun reacties, het feitenmateriaal en het conceptadvies worden besproken in de Adviescommissie Pakket (ACP). De door de minister van vws benoemde leden van deze commissie voeren een maatschappelijke afweging uit en brengen advies uit aan de Raad van Bestuur van het Zorginstituut. In dit advies neemt de commissie ook andere aspecten dan de genoemde criteria mee, bijvoorbeeld ethische dilemma's. De raad maakt vervolgens een eigenstandige afweging en stelt het advies aan de minister van vws vast.

2.3 Geraamde besparingen uitstroommaatregelen 2007-2013

In het resterende deel van dit hoofdstuk richten we de aandacht uitsluitend op de uitstroommaatregelen, oftewel pakketmaatregelen waarmee de minister bepaalde behandelingen uit het basispakket haalt. In deze paragraaf gaan we in op de geraamde

besparingen van de uitstroommaatregelen die de minister van VWS heeft genomen in de periode 2007-2013. In de volgende paragraaf gaan we in op de realisatie van die besparingen.

Vrijwel alle uitstroommaatregelen staan vermeld in de begroting van het Ministerie van VWS als een besparing. In de periode 2007-2013 kon het Ministerie van VWS bij de helft van de uitstroommaatregelen de raming van de besparing mede baseren op gegevens van het Zorginstituut. Bij de andere helft van de uitstroommaatregelen lag er geen advies van het Zorginstituut aan ten grondslag en moest het ministerie zelf de besparing ramen. In ons onderzoek hebben wij de kwaliteit van de ramingen van het Zorginstituut dan wel het Ministerie van VWS niet onderzocht.

Tabel 2 **Overzicht van de geraamde besparing per uitstroommaatregel 2007-2013 (in € miljoen)**

Jaar inwerkingtreding	Pakketmaatregel	Geraamde besparing per jaar vanaf inwerkingtreding
2007	Geen uitstroommaatregelen	-
2008	Geen uitstroommaatregelen	-
2009	Hulpmiddelen	22 in 2009 oplopend naar 26,8 in 2013
	Cholesterolverlagers	32 in 2009 oplopend naar 65 in 2010 en 97 in 2011
	Slaap- en kalmeringsmiddelen	70
2010	Acetylcysteïne	7
2011	Ongecompliceerde extracties	5
	Fysiotherapie (vanaf 12 behandelingen i.p.v. 9)	30
	Antidepressiva	20
2012	Fysiotherapie (vanaf 20 behandelingen i.p.v. 12)	80
	Fysiotherapie (Beperking chronische lijst)	30
	Aanpassingsstoornissen	53
	Maagzuurremmers	75 in 2012 en 2013, 58 vanaf 2014
	Eerstelijnspsychologie	10
	Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie*	2
2013	Mobiliteitshulpmiddelen	20
	Redressiehelm	3,5
	Paracetamol-codeïne	10
	Vruchtbaarheidsbehandelingen (IVF)	30

* Instroommaatregel met besparingsdoelstelling, zie bijlage 3.

Bron: Begrotingen van het Ministerie van VWS 2007-2013, Staatsblad (2011)

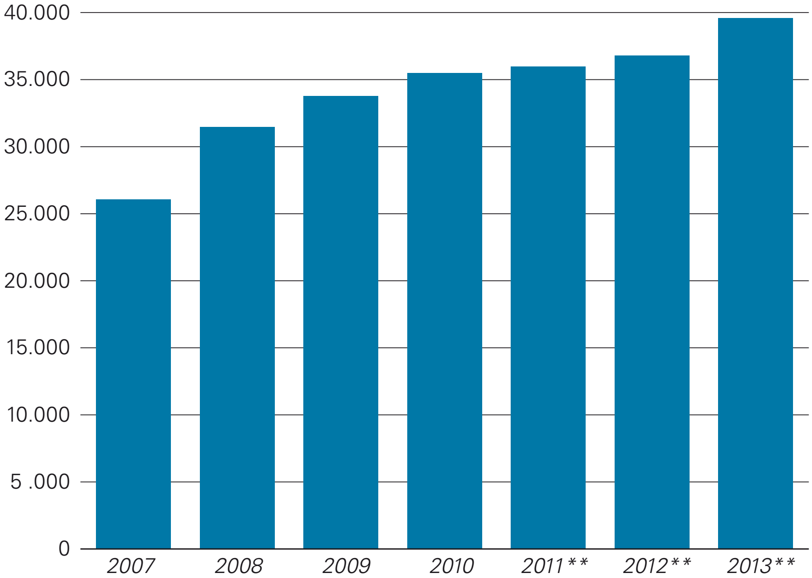
Voor de afzonderlijke uitstroommaatregelen in de periode 2007-2013 boekte het Ministerie van VWS in de begroting structurele besparingen in variërend van € 3,5 miljoen (de uitstroom van de redressiehelm in 2013) tot bijna € 100 miljoen (beperking van de vergoeding van cholesterolverlagers in 2009) per jaar. Tabel 2 geeft een overzicht van de uitstroommaatregelen in de periode 2007-2013; de geraamde besparing

geldt met ingang van het jaar waarin de maatregel in werking is getreden, tenzij anders is aangegeven. In bijlage 2 lichten we de maatregelen uit bovenstaande tabel toe.

Wanneer we alle geraamde besparingen in de periode 2007-2013 bij elkaar optellen, is met ingang van het begrotingsjaar 2013 sprake van een cumulatieve besparing van structureel ongeveer € 0,5 miljard per jaar. De behandelingen die eerst zijn ingestroomd en een of enkele jaren later weer zijn uitgestroomd, hebben we hierin niet meegenomen.[15]

De geraamde besparingen van de uitstroommaatregelen van cumulatief ongeveer € 0,5 miljard per jaar zijn bescheiden vergeleken met de totale stijging van de Zvw-uitgaven vanaf 2007 tot en met 2013, te weten € 13,4 miljard (zie figuur 8). Bovendien zijn de geraamde besparingen slechts ten dele gerealiseerd, zoals zal blijken in paragraaf 2.4.

Figuur 8 **Ontwikkeling bruto Zvw-uitgaven 2007-2013 (in € miljoen)***



*Niet gecorrigeerd voor inflatie **Voorlopige realisatiecijfers

Bron: VWS, 2014a

2.4 Gerealiseerde besparingen uitstroommaatregelen 2007-2013

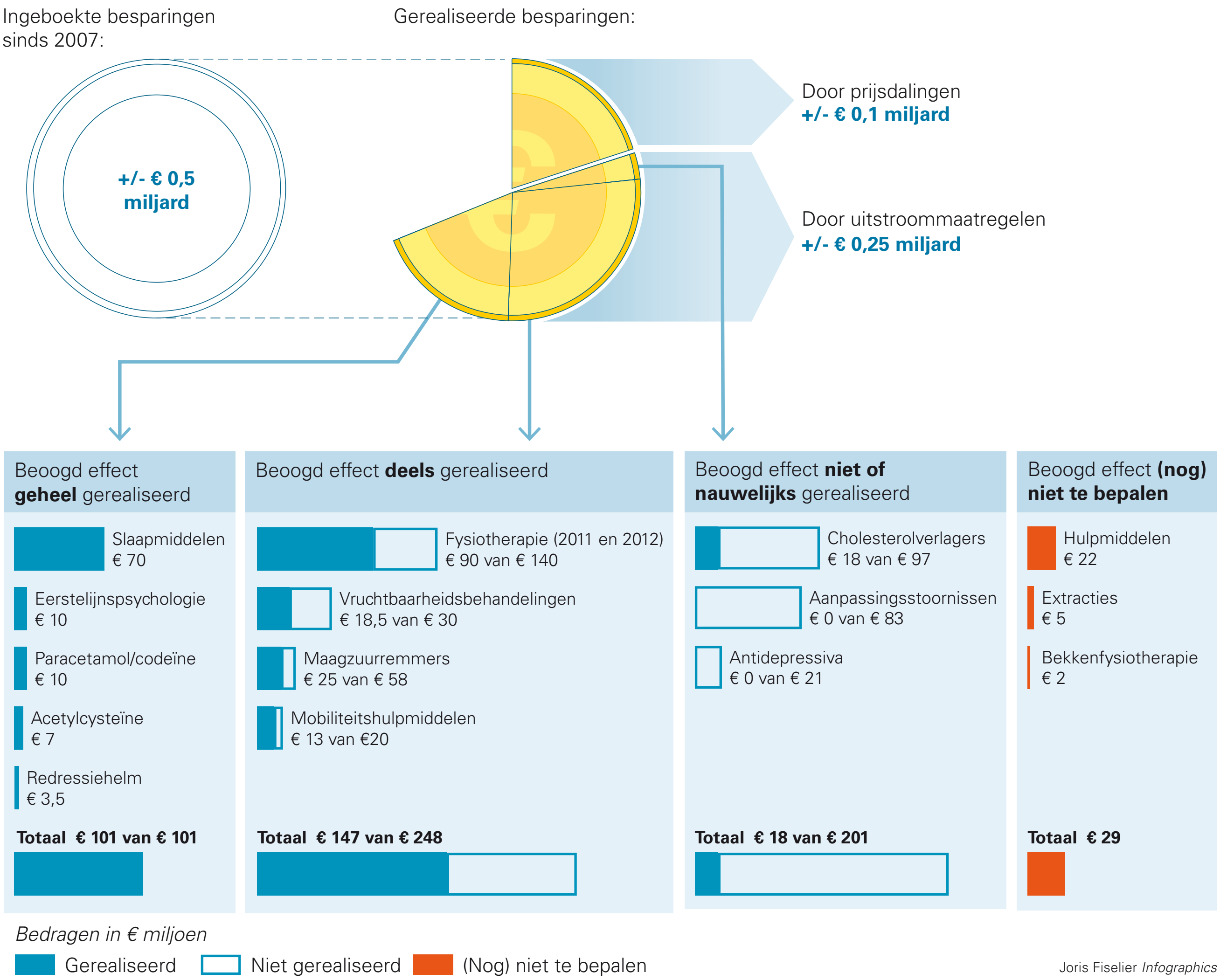
We zijn nagegaan in hoeverre de uitstroommaatregelen daadwerkelijk tot de ingeboekte besparingen hebben geleid. We hebben daarvoor allereerst openbare gegevens geraadpleegd. In aanvulling daarop hebben we gebruikgemaakt van de Achmea Health database.
In enkele gevallen waren, naast gegevens over het effect van de pakketmaatregel op de zorguitgaven, ook gegevens beschikbaar over het effect van andere gebeurtenissen. Het gaat in het bijzonder om prijsdalingen van geneesmiddelen doordat patenten verlopen; de daaruit volgende daling van de zorguitgaven is niet aan de pakketmaatregel toe te schrijven. Bij enkele andere maatregelen hebben we gebruik kunnen maken van gegevens over substitutie-effecten.[16] Meestal zijn hier echter geen gegevens over bekend.

15
Het gaat hier om maatregelen op het gebied van jeugdtandzorg, dieetadvisering, anticonceptie en stoppen met roken.

16
Een substitutie-effect treedt op wanneer verzekerden naar aanleiding van een uitstroommaatregel andere – door de Zvw vergoede – zorg gaan gebruiken. Hierdoor vallen besparingen op de zorguitgaven per saldo lager uit.

In onderstaande figuur vatten wij onze analyse samen. Een uitgebreide toelichting is te vinden in bijlage 3. Voor alle vermelde bedragen geldt dat het gaat om een daling van de uitgaven op grond van de Zvw. In veel gevallen kunnen de maatregelen ook leiden tot meer eigen betalingen of hogere aanspraken op aanvullende ziektekostenverzekeringen.

Figuur 9 **Schatting van de gerealiseerde besparingen uitstroommaatregelen 2007-2013**



Joris Fiselier *Infographics*

In de periode 2007-2013 heeft het Ministerie van VWS in totaal voor ongeveer € 0,5 miljard aan structurele besparingen door uitstroommaatregelen geraamd en ingeboekt. Onze voorzichtige conclusie is dat pakketmaatregelen tot de helft van de beoogde besparingen hebben geleid, dus structureel ongeveer € 0,25 miljard per jaar. Bovendien wordt jaarlijks nog eens € 0,1 miljard bespaard dankzij dalende geneesmiddelenprijzen (bij maagzuurremmers en cholesterolverlagers).

We constateren dat van sommige pakketmaatregelen de beoogde besparing geheel wordt gerealiseerd, van andere deels, niet of nauwelijks. Een eenduidige verklaring hiervoor is niet te geven. Oorzaken voor het niet realiseren van de beoogde besparing zijn o.a. substitutie naar andere zorg uit het basispakket en veranderende zorgvraag. Overigens kunnen de gerealiseerde besparingen ook tegenvallen omdat deze aanvankelijk zijn overschat.

Inzicht in gerealiseerde besparingen

Van veel uitstroommaatregelen is bij het Ministerie van VWS niet bekend of de geraamde besparing is behaald. Het Ministerie van VWS en het Zorginstituut monitoren dit niet consequent. Volgens het Ministerie van VWS is het ook niet mogelijk om voor elke pakketmaatregel een exacte opbrengstrealisatie te geven. De invloed van pakketmaatregelen op de zorguitgaven op macroniveau is volgens de minister van VWS niet nauwkeurig te onderscheiden van andere ontwikkelingen zoals vraagfactoren (toe- of afname van het zorggebruik), aanbodfactoren (zoals substitutie-effecten) en prijsontwikkelingen (VWS, 2014a).

Van de meeste pakketmaatregelen vermeldt de minister van VWS dus niet in de jaarverslagen of de geraamde besparing is behaald. Hoewel mee- en tegenvallers van pakketmaatregelen in principe moeten worden meegenomen in de begrotingen en jaarverslagen, zijn de realisatiecijfers van de pakketmaatregelen maagzuurremmers, vruchtbaarheidsbehandeling en aanpassingsstoornissen niet aangepast naar aanleiding van latere publicaties van het Zorginstituut en de Nederlandse Zorgautoriteit. In de periode 2007-2013 is het eenmaal voorgekomen dat het Ministerie van VWS het ingeboekte bedrag van een pakketmaatregel later heeft aangepast.[17]

Het systematisch monitoren dan wel evalueren van de besparingen van met name de grootste uitstroommaatregelen (zoals voor fysiotherapie) is evenwel om verschillende redenen wenselijk. In de eerste plaats kunnen lessen worden getrokken voor verdere maatregelen ter beheersing van de zorguitgaven. In de tweede plaats zal de kwaliteit van de financiële ramingen en realisatiecijfers erdoor verbeteren. Tot slot kan de Tweede Kamer op beide vlakken beter worden geïnformeerd.

2.5 Ruimte voor nieuwe uitstroommaatregelen

Nog maar enkele jaren geleden werd (in het regeerakkoord van het kabinet-Rutte/Verhagen) een omvangrijke bezuiniging op de zorguitgaven aangekondigd door middel van uitstroommaatregelen. Inmiddels is het denken over uitstroommaatregelen veranderd.

Consequenties ‘lage ziektelast’ te ingrijpend

In het regeerakkoord van het kabinet-Rutte/Verhagen (2010) werd naast een aantal pakketbeperkingen[18] een verkleining van het basispakket aangekondigd waarmee structureel € 1,2 miljard per jaar bezuinigd zou worden. Dit moest worden gerealiseerd door behandelingen van aandoeningen met een lage ziektelast uit te sluiten van het basispakket. Ook werd een stringent beheer van het basispakket door het Zorginstituut (toen nog het CVZ) aangekondigd. Zie daarvoor hoofdstuk 4 van dit rapport.

In een uitvoeringstoets op het voornemen constateerde het Zorginstituut dat een dergelijke beperking van het basispakket te ingrijpend zou zijn. Om de bezuinigingsdoelstelling te halen zou ook behandeling van ziektes met een relatief hoge ziektelast niet meer worden vergoed, met gezondheidsschade als waarschijnlijk gevolg (CVZ, 2012b).

Resultaten Buitenhofoproep

Om de bezuiniging toch te kunnen invullen, riep de minister van VWS op 10 februari 2013 in het televisieprogramma Buitenhof veldpartijen en burgers op mee te denken over alternatieve pakketmaatregelen. In september 2013 informeerde de minister de

17
Het gaat om de uitstroom van de jeugdtandzorg voor 18-22 jarigen. In de begroting 2011 was een besparing ingeboekt van € 100 miljoen. In het jaarverslag VWS 2011 is dit, op basis van voorlopige CVZ-cijfers, bijgesteld tot € 76 miljoen.

18
Dit zijn maatregelen op het gebied van: vruchtbaarheidsbehandelingen, fysiotherapie en eerstelijnspsychologie (zie paragraaf 2.4).

Tweede Kamer over de reacties (VWS, 2013b). Er waren bijna vierduizend suggesties binnengekomen. Achthonderd hadden betrekking op het basispakket. Het merendeel betrof evenwel andere thema's (bijvoorbeeld topsalarissen en eigen betalingen in de zorg).

In het overleg met de veldpartijen volgend op de Buitenhofoproep (dat uiteindelijk tot de Hoofdlijnenakkoorden tussen de minister van VWS en de veldpartijen heeft geleid) is afgesproken dat het kabinet de inperking van het basispakket van € 1,2 miljard op basis van het lageziektenlastcriterium niet zou continueren. In plaats daarvan voorzien de zorgakkoorden in meer doelmatigheid, selectieve inkoop, tegengaan van fraude en verspilling, en bevordering van gepast gebruik van zorg (VWS, 2013c).

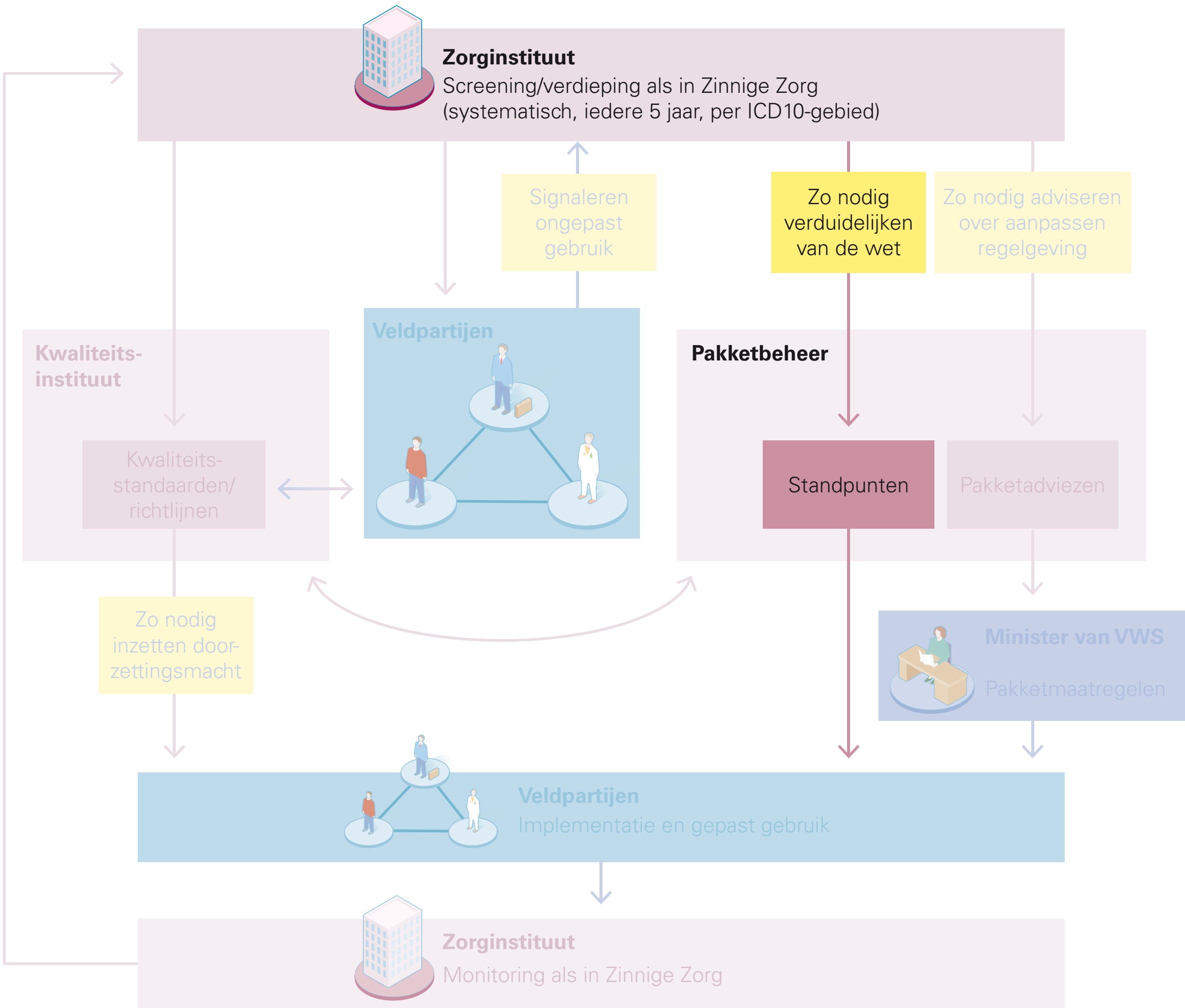
In de zomer van 2014 liet de minister van VWS de Tweede Kamer weten dat zij - voor zover het ging om uitgavenbeheersing - op basis van de suggesties over het basispakket op twee punten het Zorginstituut om advies had verzocht: de vergoedingen voor kraamzorg en voor *second opinions* (VWS, 2014b). Voor de overige (uitstroom)suggesties gold dat de bruikbaarheid beperkt was of dat ze al werden toegepast.

Deze recente geschiedenis laat zien dat er (zeer) beperkte mogelijkheden zijn voor besparingen door middel van min of meer voor de hand liggende - voor de zorggebruiker relatief pijnloze - pakketmaatregelen.

3 Standpunten van het Zorginstituut

In dit hoofdstuk beschrijven we van het pakketbeheer het onderdeel standpunten.

Figuur 10 **Ontwikkeling pakketbeheer in beeld**



Een zogeheten 'standpunt' is een publicatie van het zelfstandige Zorginstituut waarin het op basis van de Zvw aangeeft of een behandeling wel of niet in het basispakket behoort te zitten. Ook standpunten kunnen bijdragen aan de beheersing van de zorguitgaven, maar het is moeilijk om precies te zeggen welke bijdrage de standpunten tot dusverre hebben geleverd. Het is aannemelijk dat ze tot dusverre slechts een beperkt drukkend effect hebben gehad op de zorguitgaven.

Het Zorginstituut heeft de laatste jaren meer aandacht gekregen voor de effecten van standpunten in de uitvoeringspraktijk en voor de financiële gevolgen. Het instituut is voornemens om de effecten van standpunten vaker te monitoren. Dat is positief. Tegelijkertijd denken we dat de standpunten van het Zorginstituut een grotere rol kunnen spelen bij de beheersing van de zorguitgaven. Op dit moment signaleren wij nog verschillende belemmeringen voor de doorwerking van de standpunten in de praktijk, waardoor het aannemelijk is dat potentiële besparingen vaak niet volledig worden gerealiseerd. Het gaat om:

- een beperkt draagvlak bij patiënten en zorgaanbieders;
- soms beperkte controleerbaarheid door zorgverzekeraars;
- (on)bekendheid met standpunten bij zorgaanbieders.

De vraag is of voldoende duidelijk is wie uiteindelijk aanspreekbaar is op de standpunten. Standpunten kunnen, ook al hebben ze geen bindend karakter, ingrijpende gevolgen hebben voor individuele zorggebruikers. Gegeven het publieke en verplichtende karakter van de basisverzekering is het van belang dat de standpunten democratisch voldoende gelegitimeerd zijn.

Aanbevelingen
Gezien haar verantwoordelijkheid voor het (goed) functioneren van het zorgverzekeringsstelsel, menen wij dat de minister van VWS erop moet toezien dat genoemde belemmeringen worden teruggedrongen zodat de naleving van de standpunten verbetert. Daarnaast bevelen wij de minister aan om aan te geven of de verantwoordelijkheid en bevoegdheid voor de geformuleerde standpunten bij de minister van VWS of bij het Zorginstituut ligt.
Het is wenselijk dat de minister de gevolgen van de standpunten voor de zorguitgaven laat monitoren, en dat zij deze in het Financieel Beeld Zorg verwerkt.

Het Zorginstituut kan op verschillende manieren de doorwerking van standpunten verbeteren. Het Zorginstituut kan het draagvlak voor en de uitvoerbaarheid van nieuwe standpunten vergroten door zorggebruikers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars meer te betrekken bij de totstandkoming. Daarnaast kan het Zorginstituut de gevolgen van nieuwe standpunten voor de zorguitgaven consequent ramen. Ook kan het Zorginstituut zich in samenwerking met de Nederlandse Zorgautoriteit in blijven spannen om de behandelingen uit de oude en nieuwe standpunten herkenbaar te maken in de DBC-systematiek (het systeem waarmee zorgaanbieders de geleverde zorg kunnen registreren en declareren). Op deze manier worden (automatische) controles beter mogelijk.

3.1 Wat is een standpunt?

Uitleg van de Zorgverzekeringswet
In de Zvw is de privaatrechtelijke grondslag van het zorgverzekeringsstelsel neergelegd. Bij de basisverzekering is sprake van een privaatrechtelijke overeenkomst tussen de verzekerde en zijn zorgverzekeraar. Dit betekent dat de zorgverzekeraar de partij is die aanspraken op de basisverzekering moet goedkeuren of afwijzen en daartoe moet nagaan of behandelingen voldoen aan de wettelijke criteria voor vergoeding.

De Zvw stelt dat een behandeling moet voldoen aan twee criteria om in aanmerking te komen voor vergoeding uit de basisverzekering:
- het moet gaan om zorg zoals medische beroepsgroepen die ‘plegen te bieden’;
- de behandeling moet voldoen aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Dit betekent: zij moet effectief zijn.

Met standpunten over specifieke behandelingen biedt het Zorginstituut de zorgverzekeraars ondersteuning bij de uitvoering van deze taak. Een standpunt is een publicatie waarin het Zorginstituut van een specifieke behandeling aangeeft of deze al dan niet aan de wettelijke vereisten voldoet. Zo niet, dan mag de behandeling niet door de

basisverzekering vergoed worden. Ook standpunten zijn een vorm van pakketbeheer en kunnen leiden tot lagere (groei van) zorguitgaven. In tegenstelling tot een pakketmaatregel houdt een standpunt geen beleidswijziging in.

Meestal vormt een verzoek van een van de zorgpartijen de aanleiding voor het opstellen van een standpunt. Het is namelijk niet altijd duidelijk of een bepaalde behandeling vergoed wordt door de basisverzekering. Dit komt vooral voor bij nieuwe behandelingen. Met uitzondering van nieuwe extramurale geneesmiddelen, stromen nieuwe effectieve behandelingen automatisch in (zie hoofdstuk 1). Dat wil zeggen dat ze in eerste instantie gewoon kunnen worden aangeboden, gebruikt, gedeclareerd en vergoed ten laste van de basisverzekering. In tweede instantie kan toch tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders verschil van mening ontstaan over de effectiviteit, soms vroeger, soms later - soms zelfs bij behandelingen die al jarenlang uit de basisverzekering worden vergoed.

Voor het bepalen van een standpunt richt het Zorginstituut zich vooral op de effectiviteit van een behandeling - meestal is het wel duidelijk dat het gaat om zorg zoals de beroepsgroepen die plegen te bieden. Het Zorginstituut kijkt daarvoor naar de 'stand van de wetenschap en praktijk' (CVZ, 2012c). Wanneer het Zorginstituut zich op het standpunt stelt dat een behandeling hier niet aan voldoet, volgt daaruit dat deze niet (meer) uit het basispakket vergoed mag worden. Dit advies is niet bindend en heeft formeel geen juridische status.[19] Een zorgverzekeraar mag er (beredeneerd) van afwijken.

Een standpunt gaat altijd over de combinatie van een behandeling en een aandoening. Het kan voorkomen dat een behandeling effectief is (en wel vergoed wordt) bij de ene aandoening, maar niet bij de andere (Zorginstituut Nederland, 2014b). Een standpunt kan een bevestiging zijn van de bestaande praktijk (zie het tekstkader hierna over de Da Vinci robot), maar kan ook betekenen dat de bestaande praktijk moet wijzigen. Wanneer de bestaande praktijk wijzigt door een standpunt heeft dit gevolgen voor de vergoeding die verzekerden ontvangen voor de betreffende behandeling.

Casus Da Vinci robot - standpunt

In december 2006 diende een zorgverzekeraar een adviesaanvraag in bij het Zorginstituut voor een uitspraak over de verzekeringsstatus van de Da Vinci robot bij een operatieve prostaatingreep. Toentertijd was de capaciteit van laparoscopische robotprostatectomie in Nederland nog klein, wat leidde tot lange wachttijden en robotoperaties in het buitenland. De zorgverzekeraar vroeg om een uitspraak van het Zorginstituut, omdat hij werd geconfronteerd met een toenemend aantal ziekenhuizen dat van plan was de robot zelf aan te schaffen en daarnaast declaraties van buitenlandse behandelingen met robot ontving. In mei 2007 kwam het Zorginstituut met het standpunt dat de 'laparoscopische radicale prostatectomie met behulp van de Da Vinci robot kan worden aangemerkt als een operatie conform de 'stand van de wetenschap en praktijk' en (...) daarmee (behoort) tot de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg'.'(CVZ, 2007) De Da Vinci robot is een 'hulpmiddel om de technische uitvoering van de laparoscopische variant beter uit te kunnen voeren'. In het standpunt wordt de operatie met dit hulpmiddel als 'even effectief' beoordeeld als de 'open' techniek en de 'gewone laparoscopische techniek' voor een prostatectomie.

In de periode 2009-2013 heeft het Zorginstituut zo'n dertig tot veertig standpunten per jaar over het basispakket uitgebracht.

19
Volgens het Zorginstituut moet een standpunt gezien worden als een deskundig, maar geen dwingend oordeel. Tegelijkertijd zijn standpunten ten tijde van de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet omschreven als directief en leidend voor de uitvoeringspraktijk (CVZ, 2006).

Tabel 3 **Uitgebrachte standpunten over het basispakket in 2009-2013**

2009	2010	2011	2012	013
38 (Zvw)	41 (Zvw)	31 (Zvw en AWBZ)	45 (Zvw en AWBZ)	41 (Zvw)

Bron: Jaarverslagen CVZ 2009-2013

Door de voortdurende veranderingen in de 'stand van de wetenschap en praktijk' kan de houdbaarheid van standpunten beperkt zijn. Door nieuwe wetenschappelijke inzichten kan ineens de effectiviteit van een behandeling ter discussie komen te staan. De zorgverzekeraars en de andere veldpartijen moeten er dus rekening mee houden dat het recht op vergoeding uit de basisverzekering hierdoor kan veranderen.

Totstandkoming van een standpunt

Zoals gezegd, is de aanleiding voor een standpunt meestal een verzoek vanuit het veld om te verhelderen wat verzekerde zorg is. Maar het Zorginstituut kan ook op eigen initiatief standpunten innemen als het daar aanleiding toe ziet, bijvoorbeeld omdat een behandeling voor steeds meer indicaties toegepast wordt (indicatie-uitbreiding).

In het proces om tot een standpunt te komen, de zogeheten duiding, selecteert en beoordeelt het Zorginstituut bestaande literatuur over de effectiviteit van behandelingen. Het Zorginstituut doet daar zelf geen onderzoek naar. In dit proces ligt de nadruk op wetenschappelijke overwegingen. Dit is de reden dat het Zorginstituut partijen zoals zorgverzekeraars en de Nederlandse Zorgautoriteit in principe niet consulteert bij de totstandkoming van het conceptstandpunt.[20] Wel wordt het conceptstandpunt ter consultatie voorgelegd aan de betrokken wetenschappelijke vereniging(en). Ook wordt het getoetst door de Wetenschappelijke Adviesraad van het Zorginstituut. De Raad van Bestuur van het Zorginstituut stelt het definitieve standpunt vast.

In tegenstelling tot pakketmaatregelen is er voor standpunten geen beslissing van de minister van VWS nodig. De vraag is of daarmee voldoende duidelijk is wie uiteindelijk aanspreekbaar is op de standpunten. Standpunten kunnen, ook al hebben ze geen bindend karakter, ingrijpende gevolgen hebben voor individuele zorggebruikers. Gegeven het publieke en verplichtende karakter van de basisverzekering is het van belang dat de standpunten democratisch voldoende gelegitimeerd zijn. Aan de minister van VWS willen wij daarom vragen hoe zij haar verantwoordelijkheid en bevoegdheid in deze precies ziet.

Financiële gevolgen standpunten vaak niet bekend

Een nieuw standpunt van het Zorginstituut dat inhoudt dat een behandeling niet (meer) onder de basisverzekering valt, kan leiden tot structureel lagere zorguitgaven. Het Zorginstituut brengt echter tot nog toe niet consequent bij elk nieuw standpunt de financiële gevolgen in kaart. Daardoor is het beeld van het totale jaarlijkse (en structurele) financiële effect van de standpunten doorgaans ook niet compleet. Waar het financiële effect wel geraamd wordt, blijkt dat het soms om forse bedragen kan gaan, zoals bij varices (€ 22 tot € 56 miljoen per jaar) (CVZ, 2011a). Het Zorginstituut heeft berekend dat op basis van de standpunten uit 2011 potentieel een bedrag van structureel ruim € 100 miljoen per jaar bespaard kan worden (CVZ, 2011b). In hoeverre deze besparing ook wordt gerealiseerd, is niet bekend.

Het Ministerie van VWS neemt de ramingen van de financiële gevolgen van de standpunten niet mee in de bijstellingen van de zorguitgaven. De achterliggende reden hiervoor is dat standpunten niet primair tot doel hebben de zorguitgaven te beheersen. Het

20
Het Zorginstituut heeft eind 2014 in de rechtszaak over het blaasvloeistoffenstandpunt ter zitting verklaard dat het consulteren van patiëntenverenigingen bij de totstandkoming van standpunten inmiddels onderdeel uitmaakt van de standaard werkwijze. Bij het opstellen van het blaasvloeistoffenstandpunt dat het Zorginstituut in juli 2013 publiceerde, was dat nog niet het geval geweest (Rechtbank Amsterdam, 2014b). Zie verder paragraaf 3.3.

Ministerie van VWS maakt op deze manier de bijdrage van de standpunten aan de uitgavenbeheersing in de zorg niet inzichtelijk.

3.2 Doorwerking van standpunten: rollen van actoren

Zorginstituut Nederland
Het Zorginstituut communiceert de ingenomen standpunten via zijn website en verspreidt deze via zijn digitale nieuwsbrief, waarop bijna alle zorgpartijen zijn geabonneerd. Kopieën van standpunten worden tevens naar de belangrijkste betrokken partijen gestuurd, zoals het Ministerie van VWS, de Nederlandse Zorgautoriteit, Zorgverzekeraars Nederland, wetenschappelijke verenigingen van beroepsbeoefenaars en patiëntenverenigingen.

Het Zorginstituut zorgt er verder voor dat de ingenomen standpunten zichtbaar worden gemaakt in het DBC-systeem (Diagnose Behandel Combinatie), het declaratiesysteem voor de medisch-specialistische zorg en voor tweedelijns GGZ-zorg.[21] Elk DBC-zorgproduct is opgebouwd uit een aantal zorgactiviteiten. De Nederlandse Zorgautoriteit beheert de lijst met alle zorgactiviteiten. Het Zorginstituut is bevoegd aan de zorgactiviteiten een kleurcode toe te kennen. Zorgactiviteiten die rood zijn, worden nooit vergoed uit de Zvw (voorbeeld: circumcisie). Zorgactiviteiten die oranje zijn, worden onder voorwaarden vergoed (voorbeeld: varices/spataderen). De kleuren zijn bedoeld om zorgaanbieders te helpen bij het correct declareren[22] en zorgverzekeraars te helpen bij de controle daarop. Zo nodig overlegt het Zorginstituut met de Nederlandse Zorgautoriteit indien er een passende zorgactiviteit moet worden gemaakt waarmee de behandeling die in het standpunt wordt genoemd te herkennen is.

Casus Da Vinci robot - Zorginstituut en DBC's
De Da Vinci robot is onderdeel geworden van het basispakket onder bestaande chirurgische zorgactiviteiten van verschillende DBC-zorgproducten (vooral prostaatkanker). Robotgestuurde prostatectomie heeft geen aparte DBC-code; zorgaanbieders declareren deze met de code die hoort bij een gangbare chirurgische aanpak, een gewone 'kijkoperatie' (laparoscopische prostatectomie). Het onderscheid tussen een handmatige kijkoperatie en een (even effectieve) kijkoperatie met robot is dus niet zichtbaar in declaratiegegevens. Dat betekent dat beide operaties voor dezelfde prijs kunnen worden ingekocht. Volgens DBC-Onderhoud is het gebruikelijk om nieuwe behandelingen die wel duurder zijn maar niet effectiever dan de reguliere behandeling onder dezelfde declaratiecode onder te brengen, om zo een doelmatigheidsprikkel in te bouwen.

Zorgverzekeraars
Zorgverzekeraars moeten controleren of zorg die zorgaanbieders leveren aan hun verzekerden, terecht ten laste van de basisverzekering wordt gebracht. Het is van belang dat zorgverzekeraars hier voldoende capaciteit voor hebben en goed voor zijn toegerust. De Nederlandse Zorgautoriteit ziet hierop toe.

De standpunten van het Zorginstituut zijn bedoeld als ondersteuning van de zorgverzekeraars. Aangezien de stand van de wetenschap tijdsbepaald is (in standpunten staat daarom ook vaak 'op basis van de huidige wetenschap en praktijk'), moeten zorgverzekeraars nagaan of oudere standpunten nog actueel zijn of geactualiseerd moeten worden.

21
De termen DBC, DBC-zorgproducten en DOT's (DBC's Op weg naar Transparantie) worden in de praktijk door elkaar gebruikt. Met alle drie de termen worden prestaties bedoeld waarin een diagnose wordt gecombineerd met zorgactiviteiten.

22
Uiteindelijk zijn de Zvw en onderliggende regelgeving bepalend voor de beslissing of een behandeling verzekerd is of niet.

Bij de bepaling van een standpunt speelt de *kosten*effectiviteit van een behandeling geen rol. Het is aan de zorgverzekeraars om de kosteneffectiviteit van de behandelingen af te wegen en hier rekening mee te houden bij de zorginkoop. Een zorgverzekeraar onderhandelt met zorgaanbieders over de prijs van een behandeling, zo is de gedachte. In de praktijk kopen zorgverzekeraars echter vaak in op basis van lumpsumafspraken (Algemene Rekenkamer, 2013). De (kosten)effectiviteit van afzonderlijke behandelingen speelt daarbij niet of nauwelijks een rol.

Zorgaanbieders

Zorgaanbieders zijn primair verantwoordelijk om zich ervan te vergewissen of een behandeling voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk'; zij moeten ervoor zorgen dat zij alleen die zorg declareren die aan dit criterium voldoet. Zorgaanbieders hebben daarnaast de verantwoordelijkheid om te bepalen of een patiënt 'redelijkerwijs is aangewezen' op een behandeling (NZa, 2010). Als een beroepsgroep twijfelt of een behandeling ten laste van het basispakket mag worden gebracht, dan kan die beroepsgroep daarover een standpunt vragen aan het Zorginstituut.

Als een standpunt van het Zorginstituut inhoudt dat een behandeling niet (meer) behoort tot het basispakket, betekent dit niet dat zorgaanbieders deze zorg niet (meer) mogen verlenen. Deze zorg kan ook vergoed worden door een aanvullende verzekering of door de patiënt zelf betaald worden.

Casus Da Vinci robot - actoren en standpunt

Als de Da Vinci robot eenmaal is aangeschaft, blijkt dat zorgaanbieders de robot ook *vaker* gebruiken; niet alleen voor (hoog-complexe zorg als) prostaatoperaties, maar ook voor andere indicaties en laag-complexe zorg. Redenen voor vaker gebruik zijn: de eis dat chirurgische vakkundigheden met de robot moeten worden verhoogd, er meer wetenschappelijk bewijs moet komen (om (kosten)effectiviteit aan te tonen) en om uit de kosten te komen. Het *aantal* robotten in ziekenhuizen is sterk toegenomen,[23] terwijl robotingrepen door de hoge aanschaf en gebruikskosten nog veelal duurder zijn dan de alternatieve gangbare ingrepen (CVZ, 2011c). De robot kost per jaar ongeveer € 1 miljoen extra en maakt operaties gemiddeld 12% duurder. Tegelijkertijd is er nog geen bewijs dat de robot bij alle indicaties effectiever is dan de kijkoperatie.
Het Zorginstituut doet over indicatie-uitbreidingen van de robot geen uitspraak, omdat het Zorginstituut de robot ziet als een doorontwikkeling van de laparoscopische variant. Als bij een bepaalde indicatie de keus voor chirurgie volgens de stand van wetenschap en praktijk is, dan is het aan de zorgaanbieder zelf om te bepalen welke techniek het meest passend is. Het is vervolgens aan de zorgverzekeraar om te beslissen welk bedrag hij voor deze techniek over heeft en onder welke voorwaarden. Op dit moment betalen zorgverzekeraars over het algemeen niet meer voor de robot dan het standaardtarief van de (gewone) laparoscopische operatietechniek, zolang zorgaanbieders niet kunnen aantonen dat robotchirurgie op termijn besparingen en mogelijk meer gezondheidswinst oplevert. Zorgverzekeraars stellen weliswaar veiligheids- en kwaliteitseisen aan ziekenhuizen, maar er lijken geen expliciete gedifferentieerde afspraken over de robot te zijn gemaakt.

3.3 Belemmeringen voor doorwerking

Standpunten van het Zorginstituut worden in de praktijk niet altijd automatisch opgevolgd. Het Zorginstituut onderkent dit probleem (CVZ, 2013a). Belemmeringen voor de

23
In 2010 waren er 10 robotten, in 2013 waren dit er 18.

doorwerking van standpunten betreffen het draagvlak onder zorgaanbieders en patiënten, de controleerbaarheid door zorgverzekeraars en de bekendheid van zorgaanbieders met standpunten.

3.3.1 Draagvlak in het veld

Het Zorginstituut kan op een gegeven moment in een standpunt stellen dat een bepaalde behandeling niet meer uit de basisverzekering wordt vergoed. Doorgaans zal zo'n uitspraak niet verwelkomd worden door de betrokken zorgaanbieders en patiënten. Dit geldt te meer als zo'n standpunt betrekking heeft op een gangbare behandeling die zorgaanbieders al jaren gewend zijn te verstrekken, patiënten gewend zijn te krijgen, en zorgverzekeraars ook jaren uit de basisverzekering hebben vergoed.

Casus Da Vinci robot - draagvlak

Al vanaf de introductie van de robot blijken er in de praktijk veel voorstanders van de Da Vinci robot te zijn. Inmiddels is sprake van een gangbare praktijk. De robot biedt chirurgen betere visualisatie van het operatiegebied, meer precisie bij opereren en ergonomische voordelen. Het wordt gezien als vooruitgang van de laparoscopische behandeling en kan via onderzoek naar de toepassingen van de robot bijdragen aan (klinische) wetenschap. Ziekenhuizen zijn vrij om een Da Vinci robot aan te schaffen. Zij ondervinden concurrentievoordeel bij het aanbieden van operaties met de (moderne) robot. Zij proberen de kosten te dekken door deze voor eigen rekening te nemen of door de robot vaker te gebruiken. Met de verschuiving naar vrij onderhandelbare tarieven, hebben zorgaanbieders ruimte gekregen om met zorgverzekeraars hogere gemiddelde prijzen te onderhandelen voor DBC-zorgproducten waar de robot onder valt. Daarnaast is de Da Vinci robot als technologie ook zelf in ontwikkeling en verlopen de patenten op de Da Vinci robot. Het is te verwachten dat de kosten van de robot hierdoor verder zullen afnemen, en er wellicht goedkopere en betere robotmodellen op de markt komen.

In een dergelijke situatie biedt het feit dat een standpunt formeel niet bindend is, zorggebruikers en zorgaanbieders de ruimte om te proberen zorgverzekeraars af te brengen van het toepassen van een standpunt. Een zorggebruiker kan op twee manieren in een civiele procedure de toepassing van een standpunt door zijn zorgverzekeraar aanvechten. Hij kan ofwel naar de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) stappen, eventueel gevolgd door een gang naar de civiele rechter; ofwel direct naar de civiele rechter stappen.[24] Alleen de rechter kan een bindende uitspraak doen of een behandeling tot het basispakket behoort of niet.

Hieronder gaan we nader in op de soms openlijk afwijzende houding van zorggebruikers en zorgaanbieders tegenover de standpunten die het Zorginstituut inzake twee verschillende behandelingen heeft ingenomen.

Naleving standpunt varices/spataderen

Een standpunt dat de veldpartijen in het verleden niet consequent lijken te hebben nageleefd, betreft varices/spataderen.

In 2006, 2008 en 2011 heeft het Zorginstituut standpunten ingenomen over de behandeling van varices/spataderen (CVZ, 2008; CVZ, 2011a). In deze standpunten oordeelde het Zorginstituut dat een aantal behandeltechnieken tot de 'stand van de wetenschap en praktijk' behoorde. Daarbij merkte het Zorginstituut op dat het alleen om verzekerde zorg ging indien de behandeling medisch noodzakelijk was en niet primair cosmetisch van aard.

24 Vanwege de privaatrechtelijke grondslag van het zorgverzekeringsstelsel is de Algemene wet bestuursrecht niet van toepassing op de standpunten van het Zorginstituut.

In de praktijk blijken er problemen te zijn bij de uitvoering van deze standpunten. In het standpunt uit 2011, waarin het standpunt uit 2008 wordt herzien, stelt het Zorginstituut dat in de praktijk niet consequent een onderscheid wordt gemaakt tussen medisch noodzakelijke en cosmetische varicesbehandelingen. Het rapport van PInCeT uit 2012 wijst op de grote praktijkvariatie van varicesbehandelingen en de mogelijkheid om door ruime indicatiestellingen een spataderbehandeling toch via de basisverzekering te laten vergoeden (PInCeT, 2012). Ook de partijen die in 2013 het zorgakkoord voor de medisch-specialistische zorg hebben afgesloten erkennen dat bij varicesbehandelingen winst kan worden behaald (NPCF et al., 2014).

In juli 2014 heeft het Zorginstituut een nieuw standpunt uitgebracht over de behandeling van varices (Zorginstituut Nederland, 2014c). Dit standpunt vervangt het standpunt uit 2011. In dit standpunt sluit het Zorginstituut zoveel mogelijk aan bij de nieuwe richtlijn van de beroepsgroepen (richtlijn Varices, verschenen in 2014). Aangezien het standpunt en de richtlijn op elkaar aansluiten, is het aannemelijk dat er nu meer draagvlak is voor dit standpunt.

Rechtszaak standpunt blaasvloeistoffen
Recent hebben patiënten en urologen zich verzet tegen het standpunt over de blaasvloeistoffen waaraan chondroÏtinesulfaat en/of hyaluronzuur zijn toegevoegd. Het Zorginstituut stelde dat er geen onomstotelijk bewijs is dat behandeling met deze blaasvloeistoffen effectief is. Een patiëntenvereniging spande vervolgens een zaak aan tegen het Zorginstituut vanwege onvoldoende zorgvuldigheid bij de totstandkoming van het standpunt.

Begin 2014 stelde de kortgedingrechter de patiëntenvereniging voorlopig in het gelijk. In het vonnis werd het standpunt 'buiten werking' gesteld in afwachting van de uitkomst van de bodemprocedure (Rechtbank Amsterdam, 2014a). Eind 2014 bepaalde de Rechtbank evenwel dat het Zorginstituut zorgvuldig had gehandeld (Rechtbank Amsterdam, 2014b). Hierbij speelde een rol dat het Zorginstituut in eerste instantie, bij de bepaling van het standpunt, geen overleg met de patiëntenvereniging had gevoerd, maar dat na het kort geding alsnog had gedaan. Ook had het Zorginstituut het consulteren van patiëntenverenigingen inmiddels in de standaard werkwijze opgenomen. Voor de acceptatie en naleving van de standpunten lijkt deze nieuwe werkwijze ons een goede zaak.

3.3.2 Controleerbaarheid door zorgverzekeraars

Veranderingen in stand wetenschap en praktijk
De voortdurende verandering in de stand van wetenschap en praktijk heeft gevolgen voor de controleerbaarheid van verzekerde zorg. Declaraties van zorgaanbieders kunnen behandelingen omvatten die op grond van een standpunt niet meer (geheel) in het basispakket zitten. Zorgverzekeraars kunnen dit niet altijd goed controleren, waardoor de mogelijkheid bestaat dat dergelijke niet effectieve zorg toch ten laste van de basisverzekering wordt gebracht.

Doorwerking in declaratiesysteem
Standpunten van het Zorginstituut waarbij een behandeling categorisch wordt uitgesloten van het basispakket, zijn in principe relatief eenvoudig te controleren. In het

declaratiesysteem hebben deze behandelingen een rode kleurcode.
Een voorwaarde voor de controleerbaarheid is wel dat de behandeling herkenbaar is in de declaratiegegevens die de zorgverzekeraar ontvangt. In de praktijk blijkt dit niet altijd het geval te zijn, doordat de declaraties alleen de toegepaste DBC vermelden maar niet de onderliggende behandelingen. Een voorbeeld is de verdoving bij aspecifieke lage rugpijn; hoewel deze behandeling volgens het Zorginstituut niet bewezen effectief is, wordt deze al jaren door zorgverzekeraars vergoed omdat de behandeling niet zichtbaar is in het DBC-zorgproduct dat bij de verzekeraar wordt gedeclareerd (CVZ, 2013a). Sinds 1 juni 2014 moeten zorgaanbieders op de declaraties aan de zorgverzekeraars de afzonderlijke zorgactiviteiten vermelden waaruit het DBC-zorgproduct is opgebouwd. Dit kan de controleerbaarheid verbeteren.

Standpunten waarbij het Zorginstituut indicatievoorwaarden stelt aan de vergoeding, blijven echter lastig te controleren. Dit zijn de behandelingen met kleurcode oranje. De zorgverzekeraars moeten hier nagaan of verzekerden daadwerkelijk aan de voorwaarden voldoen. Daarvoor moeten zij moderne controletechnieken toepassen (benchmarks, spiegelcontroles) en - indien daar aanleiding voor is - aansluitend diepgaande materiële controles bij zorgaanbieders uitvoeren en gesprekken met verzekerden voeren.

Sommige standpunten kunnen in de praktijk niet via de DBC-systematiek door zorgverzekeraars worden gecontroleerd, zoals het standpunt over continue glucosemonitoring (CGM) (CVZ, 2010). Het Zorginstituut concludeert hierin dat er patiëntengroepen bestaan waarbij langdurige therapeutische toepassing van (realtime) CGM zinvol is. Voor deze patiëntengroepen voldoet deze interventie aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' wanneer de indicatiestelling en de toepassing van CGM op geprotocolleerde wijze plaatsvindt. Het gaat hier om:

- kinderen met diabetes type 1;
- volwassenen met slecht ingesteld diabetes type 1;
- zwangere vrouwen met bestaande diabetes (type 1 en 2).

Zorgverzekeraars kunnen op basis van ontvangen declaraties niet zien of aan deze voorwaarden is voldaan.

In ons rapport *Transparantie Ziekenhuisuitgaven* hebben we aangegeven dat de hier beschreven controles moeilijk zijn en door zorgverzekeraars nog niet goed worden uitgevoerd (Algemene Rekenkamer, 2013). De Nederlandse Zorgautoriteit geeft aan dat zorgverzekeraars niet alle standpunten meenemen in hun controle.

Casus Da Vinci robot - zorgverzekeraar en belemmering

Zorgverzekeraars hebben maar beperkt zicht op de kostprijs van de robot. Doordat de robot 'verdwijnt' in een DBC-zorgproduct als onderdeel van de laparoscopische zorgactiviteit, hebben zorgverzekeraars op basis van hun declaratiegegevens formeel gezien ook geen zicht op het gebruik van de robot als chirurgische operatietechniek.[25] Zolang de Da Vinci robot 'even effectief' is als de andere operatietechnieken, is dit geen controleprobleem voor de zorgverzekeraar.

Zorgverzekeraars hebben wel de mogelijkheid om vooraf grip te krijgen op de verrichtingen van een zorgaanbieder door voor bepaalde behandelingen met een machtigingssysteem te werken. Hierbij moeten zorgaanbieders vooraf toestemming vragen om een behandeling te mogen starten.

25
Zorgverzekeraars kwamen er op verschillende manieren achter dat de robot werd gebruikt, bijvoorbeeld doordat verzekerden aan hen een vergoedingscasus voorlegden en zorgaanbieders vroegen om een hogere prijs voor een DBC-zorgproduct waar de robottechniek onder viel.

3.3.3 Bekendheid van zorgaanbieders met standpunten

Het Zorginstituut en de Nederlandse Zorgautoriteit hebben ons laten weten dat individuele zorgaanbieders soms niet op de hoogte zijn van de standpunten van het Zorginstituut. Hoewel zorgaanbieders het basispakket op hoofdlijnen kennen, lijken nieuwe standpunten niet altijd meteen tot de behandelkamer door te dringen. Dit is problematisch omdat een zorgaanbieder wel moet kunnen aangeven aan de patiënt of een behandeling onder de basisverzekering valt of niet. Met name binnen ziekenhuizen zijn het behandelproces en het declaratieproces vaak twee gescheiden werelden, waardoor soms pas achteraf blijkt dat zorg niet in het basispakket zit. Wanneer een zorgaanbieder de patiënt vooraf niet goed informeert, kan deze dan achteraf alsnog een (forse) rekening gepresenteerd krijgen.

3.4 Nieuwe benadering van standpunten

Meer aandacht voor de uitvoering

Het Zorginstituut heeft steeds meer oog voor de toepasbaarheid en de naleving van standpunten in de praktijk. Zo heeft het Zorginstituut een checklist ontwikkeld om problemen in de uitvoering tijdig te signaleren (CVZ, 2013a). In de standpunten die in 2013 en 2014 zijn uitgebracht gaat het Zorginstituut uitgebreider in op de consequenties voor de verschillende partijen zoals de Nederlandse Zorgautoriteit, DBC-Onderhoud, zorgverzekeraars en de desbetreffende beroepsgroep(en).

Meer aandacht voor de financiële gevolgen

Het Zorginstituut vermeldt steeds vaker de verwachte financiële gevolgen van de standpunten, ook al gebeurt dit nog steeds niet bij ieder standpunt. In 2011 waren in 5 van de 24 standpunten (21%) de financiële gevolgen in beeld gebracht. Dit is toegenomen tot 7 van 11 standpunten (64%) in 2014 (stand juli). Niet bij alle standpunten is het voor het Zorginstituut mogelijk de financiële gevolgen te ramen. De benodigde gegevens voor zo'n raming zijn dan niet beschikbaar of van onvoldoende kwaliteit. Wanneer de gegevens wel beschikbaar zijn, geeft het Zorginstituut bij nieuwe behandelingen aan wat de verwachte kosten zijn bij een positief standpunt. Bij gangbare zorg wordt bij een negatief standpunt de omvang geschat van het bedrag dat niet langer ten laste van de basisverzekering kan worden gebracht.[26]

Soms geeft het Zorginstituut in een standpunt een signaal af over de kosteneffectiviteit van een behandeling. Een voorbeeld hiervan is het Minnesota Model, een behandeling voor alcoholverslaving. Deze behandeling valt onder het basispakket en is volgens het Zorginstituut even effectief als andere behandelingen, maar wel veel duurder. Het Zorginstituut stelde hierover: *'Wij adviseren zorgverzekeraars met dit gegeven rekening te houden bij hun inkoop- en vergoedingenbeleid.'* (CVZ, 2013c)

Meer aandacht voor monitoring

In de eerste jaren van de Zvw had het Zorginstituut vrijwel geen aandacht voor het monitoren van de effecten van de uitgebrachte standpunten. Vanaf 2013 is hier meer aandacht voor gekomen onder andere door de oprichting van een afdeling monitoring.

26
Voorbeelden hiervan zijn de standpunten over varices (waarbij de omvang van de jaarlijkse cosmetische behandelingen wordt geschat op € 22 tot € 56 miljoen) en transarteriële chemo-embolisatie bij levermetastasen van pancreascarcinoom (jaarlijkse geleverde zorg wordt geschat op € 5,5 à € 6,5 miljoen) (CVZ 2011a; Zorginstituut 2013g).

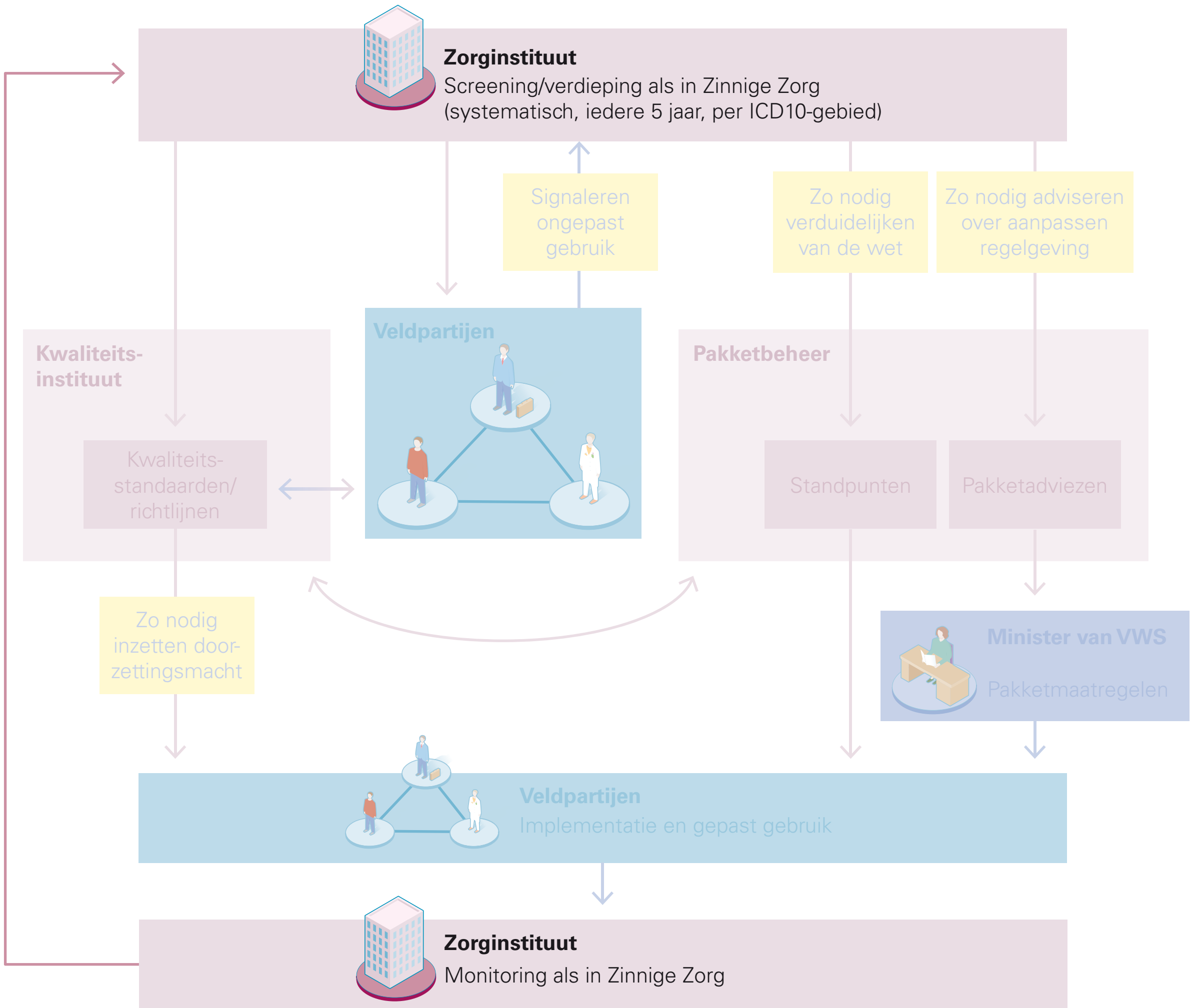
In 2013 is de eerste evaluatie van een standpunt gepubliceerd (CVZ, 2013d). Twee andere standpunten worden momenteel geëvalueerd: het standpunt over continue glucose monitoring (CCZ, 2010) en het standpunt over het Minnesota Model (CVZ, 2013c).

Het monitoren van de (financiële) effecten is niet voor alle standpunten goed mogelijk. Dat heeft volgens het Zorginstituut verschillende redenen. Zo maakt een (nieuwe) behandeling vaak onderdeel uit van een DBC-zorgproduct waarvan het niet duidelijk is welke behandelingen er precies onder vallen. Declaratiegegevens zijn daarnaast vaak pas enkele jaren later beschikbaar. Ook plafond- en lumpsumafspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders belemmeren het zicht op de ontwikkeling van prijzen en volumes.

4 Stringent pakketbeheer

In het regeerakkoord van het kabinet-Rutte/Asscher is afgesproken dat de stijging van de zorgkosten zal worden gedrukt door het pakketbeheer (zoals dat in de vorige twee hoofdstukken is beschreven) aan te scherpen. Dit wordt ook wel *stringent* pakketbeheer genoemd.[27] In dit hoofdstuk gaan we hier nader op in.

Figuur 11 **Ontwikkeling pakketbeheer in beeld**



In dit verband zijn de volgende stappen aangekondigd:
- aanscherping en/of wettelijke verankering van de pakketcriteria noodzakelijkheid en kosteneffectiviteit;
- voorwaardelijke toelating en financiering van (nieuwe) behandelingen;
- systematische doorlichting van het basispakket.

Tezamen moeten deze stappen vanaf 2017 een structurele besparing opleveren van ten minste € 225 miljoen. Deze besparing wordt met name door de doorlichting van het basispakket gerealiseerd. Het Zorginstituut heeft hiervoor het programma Zinnige Zorg opgezet.

27
De term stringent pakketbeheer werd eerder al gebruikt in het regeerakkoord van het kabinet-Rutte/Verhagen. Hierbij ging het onder meer om een bezuiniging van structureel € 70 miljoen vanaf 2015, die zijn beslag kreeg in de vorm van pakketmaatregelen (zie hoofdstuk 2).

Op dit moment is het nog te vroeg om de prestaties en effecten (de gerealiseerde besparingen) van het programma Zinnige Zorg goed te kunnen onderzoeken. Wel denken we dat de opzet van het programma goede aanknopingspunten biedt voor verbetering van het pakketbeheer op de langere termijn, niet in de laatste plaats als het gaat om de monitoring van de uitvoering van de verbetervoorstellen. Voor de implementatie van de verbetervoorstellen ligt het initiatief bij de veldpartijen.

Bij de overige twee onderdelen van het aangekondigde stringent pakketbeheer is thans geen sprake meer van een concreet besparingsdoel. Naar de pakketcriteria heeft het Zorginstituut onderzoek gedaan, maar concrete vervolgstappen lijken niet meer aan de orde. Toepassing van het criterium kosteneffectiviteit ligt maatschappelijk zeer gevoelig, nog afgezien van de inhoudelijke en praktische aspecten van het operationaliseren van het criterium. Voor het instrument voorwaardelijke toelating heeft de minister van VWS zelfs extra geld uitgetrokken.

Alles overziend is het onzeker of de ingeboekte structurele besparing door stringent pakketbeheer in de komende jaren geheel gerealiseerd gaat worden.

Aanbevelingen
De minister van VWS moet de geraamde respectievelijk gerealiseerde uitkomsten van het stringent pakketbeheer expliciet verwerken in begroting en jaarverslag.

Gezien het concrete besparingsdoel vanaf 2017 is het van belang dat het Zorginstituut de uitvoering van de verbetervoorstellen van het programma Zinnige Zorg actief bevordert, zeker als zou blijken dat draagvlak of initiatieven in het veld ontbreken.

Op de langere termijn kan de systematische aanpak van het programma Zinnige Zorg een belangrijke impuls zijn voor het pakketbeheer. Bij gebleken effectiviteit zou op den duur geen sprake meer moeten zijn van een programma, maar van een werkwijze die over de hele linie bij het pakketbeheer gevolgd wordt. Dat zou bijvoorbeeld inhouden dat het Zorginstituut de doorwerking van pakketmaatregelen en standpunten in de praktijk consequent gaat monitoren.

4.1 Aanscherping en verankering pakketcriteria

Op dit moment heeft alleen het pakketcriterium ‘effectiviteit’ een wettelijke status, in de zin dat zorg moet voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk. Het is daarmee het enige (knock-out)criterium dat op zichzelf de doorslag kan geven. Dat wil zeggen, als een behandeling niet effectief is dan hoort het niet in het basispakket en spelen de andere pakketcriteria (noodzakelijkheid, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid) verder geen rol.

Noodzakelijkheid
In het regeerakkoord van het kabinet-Rutte/Asscher is opgenomen dat de coalitiepartijen voornemens zijn ook van het pakketcriterium noodzakelijkheid een op zichzelf doorslaggevend criterium te maken (kabinet-Rutte/Asscher, 2012). De minister verwacht dat de invulling aan het voornemen zal zorgen voor een scherpere afbakening tussen gezondheidszorg en andere domeinen (Zorginstituut Nederland, 2014d).[28]

28
Met het stellen van domeinvragen gaat het Zorginstituut na of behandelingen gezien bijvoorbeeld veranderende maatschappelijke opvattingen nog tot het zorgdomein behoren; een behandeling kan misschien beter geregeld worden met andere collectieve regelingen of aangemerkt worden als ‘hulp’ (CVZ, 2013a).

Het Zorginstituut heeft in reactie op dit plan uit het regeerakkoord de minister ontraden om van het criterium noodzakelijkheid een apart voorliggend criterium te maken (Zorginstituut Nederland, 2014d). Het Zorginstituut baseert zijn pakketadviezen nu op gezamenlijke toepassing van alle vier de pakketcriteria. Het toepassen van het voorliggend criterium noodzakelijkheid doet volgens het Zorginstituut geen recht aan de zorgvuldige afweging die gemaakt moet worden om tot de meest doelmatige gezondheidszorg te komen; er kunnen perverse prikkels uitgaan van het oordelen op basis van één pakketcriterium. Het Zorginstituut sluit echter niet uit dat er een negatief advies gegeven kan worden op basis van (alleen) het criterium noodzakelijkheid. Voorbeelden hiervan zijn het uitstroomadvies over tandzorg voor jeugdige verzekerden tussen 18-22 jaar uit 2011 en het uitstroomadvies over eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen uit 2013.

De minister van VWS deelt in haar reactie op dit advies de mening dat ziektelast als onderdeel van noodzakelijkheid niet als knock-outcriterium moet worden opgenomen (VWS, 2014b). Daarmee geeft de minister aan dat het pakketcriterium noodzakelijkheid (nu) geen doorslaggevend criterium wordt.

Noodzakelijkheid
Het criterium noodzakelijkheid bestaat uit twee dimensies: een medisch-inhoudelijke (medische noodzaak, ofwel de ziektelast) en een verzekeringstechnische (‘noodzakelijk te verzekeren’, onvoorzienbare interventies). Een probleem met het toepassen van het criterium is dat de ernst van een aandoening niet geheel objectief is vast te stellen en onderhevig is aan veranderende maatschappelijke normen en waarden. Daarnaast geeft het Zorginstituut in het advies aan dat ondanks het kunnen uitsluiten van een interventie op basis van lage kosten (verzekeringstechnisch), er andere maatschappelijke redenen kunnen zijn voor opname in het basispakket. Het Zorginstituut zegt dat een nee-antwoord op de domeinvraag die voorafgaand aan advisering en aanvullend op de vier pakketcriteria gesteld wordt, wel als knock-outcriterium geldt. De minister lijkt dit in haar reactie gelijk te stellen aan de verzekeringstechnische dimensie van het noodzakelijkheidscriterium en het daarmee als knock-outcriterium te zien.

Kosteneffectiviteit
Een ander voornemen uit het regeerakkoord is het criterium (relatieve) kosteneffectiviteit wettelijk te verankeren. Het Zorginstituut kijkt bij advisering over geneesmiddelen al naar de kosteneffectiviteit, maar het criterium wordt (nog) niet pakketbreed toegepast. De minister van VWS heeft het Zorginstituut gevraagd te adviseren over het uitwerken van dit voornemen.

Het Zorginstituut heeft in december 2013 een eerste verkenning over kosteneffectiviteit uitgebracht (CVZ, 2013e). Het geeft hierin nog geen antwoord op de adviesvraag, maar geeft wel aan op welke manieren kosteneffectiviteitsgegevens gebruikt kunnen worden: bij richtlijnontwikkeling, bij zorginkoop en bij het gesprek in de spreekkamer.

Wat pakketbeheer betreft, kan verankering van kosteneffectiviteit in de wet zorgen voor een meer objectieve afweging en een betere verdeling van de beschikbare middelen voor de zorg. Vanuit maatschappelijk perspectief is het wenselijk om voor het beschikbare zorgbudget zoveel mogelijk gezondheidswinst en kwaliteit van leven te krijgen. Als het echter gaat om dure individuele gevallen, blijkt het door de grote maatschappelijke druk moeilijk voor de politiek om niet-kosteneffectieve behandelingen uit te sluiten van vergoeding. Een voorbeeld daarvan was het voorstel van het Zorginstituut

om de dure medicijnen voor de ziekten van Pompe en Fabry niet in het basispakket op te nemen.

Discussies bij de wettelijke verankering van het criterium kosteneffectiviteit zijn niet alleen politiek-maatschappelijk van aard, maar ook technisch. In de methodologische uitvoering zijn er bijvoorbeeld verschillen in de soorten opbrengsten en kosten die meetellen (zoals bredere maatschappelijke opbrengsten dan alleen opbrengsten in de zorg) en de tijdshorizon van effecten waarnaar gekeken wordt (bijvoorbeeld een jaar na behandeling of levenslang). Een ander belangrijk aandachtspunt is de mate van kwaliteit en beschikbaarheid (inclusief het verzamelen) van kosteneffectiviteitsgegevens.

De minister van VWS heeft kennis genomen van het eerste advies en kan zich vinden in de voorgestelde afronding van het traject. Het Zorginstituut werkt momenteel uit hoe kosteneffectiviteitsgegevens zinvol kunnen worden gebruikt, waarbij (ook eerder genoemde) technische aspecten verder worden uitgewerkt (VWS, 2013b). Het Zorginstituut was voornemens hierover eind 2014 een tweede advies uit te brengen.

Casus Da Vinci robot - kosteneffectiviteit en 'werkend' systeem
Onder andere met verwijzing naar het standpunt van het Zorginstituut van 2007 besloot een zorgverzekeraar om vanaf 2012 niet meer voor de robot te betalen dan het bedrag voor een gewone kijkoperatie. De minister van VWS constateerde aan de hand van dit voorbeeld dat *'cruciale mechanismen in ons zorgstelsel lijken te werken. Om te beginnen, is er genoeg ruimte voor introductie en toepassing van innovatieve technieken. Vervolgens is er ook de 'countervailing power' die ervoor zorgt dat de premiebetaler daar alleen aan meebetaalt indien het voor de patiënt meerwaarde oplevert'* (VWS, 2011).
Omdat de robottechniek duurder is, zal de zorgaanbieder financieel geraakt worden door zorgverzekeraars die besluiten om niet extra te betalen dan het standaardtarief van de gewone kijkoperatie. Dit kan een rem zijn op de aanschaf en het gebruik van de robot als de desbetreffende zorgaanbieder de robotoperatie niet goedkoper kan uitvoeren door bijvoorbeeld te compenseren met een verminderd aantal ligdagen. Voor het aantonen van de meerwaarde zijn economische evaluaties over de toepassing van de techniek nodig. Dit vereist meer onderzoek naar bewijs en registratie van effectiviteit van de robot bij verschillende indicaties. In de praktijk blijkt dat de zorgaanbieder (ook) op zoek gaat naar andere manieren om de kosten van de robot te dekken of te compenseren.

4.2 Voorwaardelijke toelating

Ten tweede noemt het regeerakkoord het instrument voorwaardelijke toelating als onderdeel van stringenter pakketbeheer. De gedachte is dat in een periode van maximaal vier jaar de kosteneffectiviteit van nieuwe behandelingen in beeld wordt gebracht, terwijl die behandelingen gedurende die vier jaar worden gebruikt en vergoed uit de basisverzekering. Daarna besluit de minister van VWS over het wel of niet toelaten tot het basispakket.

In juni 2014 heeft de minister van VWS de Tweede Kamer geïnformeerd over de verdere ontwikkeling en vormgeving van dit instrument (VWS, 2014c). Hierbij staat, aldus de minister, het belang van de patiënt voorop, in die zin dat veelbelovende innovaties sneller toegankelijk moeten worden. Daarnaast moeten de afspraken die bij voorwaardelijke toelating horen, ertoe leiden dat er - misschien wel sneller dan zonder deze

afspraken het geval zou zijn - inzicht in de (kosten)effectiviteit van deze nieuwe behandelingen ontstaat. De minister van VWS heeft voor de komende jaren middelen gereserveerd voor de kosten van de nieuwe behandelingen die hier (tijdelijk) onder komen te vallen: van € 12,5 miljoen in 2014 oplopend naar structureel € 75 miljoen vanaf 2017. De kosten van de effectiviteitsonderzoeken komen in principe voor rekening van de marktpartijen, aldus de minister.

4.3 Programma Zinnige Zorg

In het voorjaar van 2013 vroeg de minister aan het Zorginstituut om een voorstel voor de aanpak van de doorlichting van het basispakket. In augustus 2013 ging de minister akkoord met het ingediende voorstel, en ging het Zorginstituut van start met Operatie Zinnig en Zuinig - later omgedoopt tot het programma Zinnige Zorg. Voor deze nieuwe taak ontvangt het instituut in 2014 € 10 miljoen extra, vanaf 2015 € 15 miljoen (VWS, 2013c).

In de opdrachtbrief aan het Zorginstituut heeft het Ministerie van VWS aangegeven dat het programma besparingen op de zorguitgaven moet opleveren van ten minste € 75 miljoen in 2016 en € 225 miljoen per jaar vanaf 2017. Deze besparingen moeten additioneel zijn ten opzichte van de afgesproken besparingen in de akkoorden met de medisch-specialistische zorg en de curatieve GGZ (VWS, 2013d).

Aanpak Programma Zinnige Zorg
Het Zorginstituut wil de doorlichting van het basispakket in vier stappen uitvoeren: screening, verdieping, implementatie en monitoring (CVZ, 2013f).

In een cyclus van vijf jaar zal het Zorginstituut het basispakket systematisch screenen op basis van de ICD10-indeling (International Classification of Diseases). Aan de hand van richtlijnen, signalen uit literatuur en praktijk wordt een ICD10-domein onderzocht en worden mogelijke verbeteringen geïdentificeerd om gepast gebruik van zorg te bevorderen. Op basis van criteria als beoogde besparing en haalbaarheid, en in overleg met de minister van VWS, selecteert het Zorginstituut een viertal mogelijkheden, die vervolgens in een verdiepingsonderzoek worden uitgewerkt. Het Zorginstituut streeft daarbij naar samenwerking met de veldpartijen en aansluiting bij reeds lopende initiatieven.

In de volgende stap moeten de resultaten van het verdiepingsonderzoek door alle betrokken veldpartijen worden geïmplementeerd en uitgevoerd conform hun rol in het zorgstelsel. Het Zorginstituut wil daarbij waar nodig faciliteren. Tot slot zal het Zorginstituut de voortgang monitoren en de partijen erop aanspreken wanneer de resultaten achterblijven bij de beoogde resultaten.

Vanaf 2017 geldt (met een ingroei vanaf 2016) voor het programma het genoemde besparingsdoel. Gelet op de tot dusverre gerealiseerde besparingen door middel van pakketmaatregelen en standpunten (zie de vorige hoofdstukken) mag dit als een ambitieuze doelstelling worden aangemerkt. We denken dat de implementatie van de verbetervoorstellen (liefst met concrete tijdpaden en besparingsdoelen) daarmee in verhouding moet staan; het lijkt ons te terughoudend als het Zorginstituut louter een aanpak van faciliteren en aanspreken zou volgen.

Uitvoering tot dusverre
Het Zorginstituut is in 2013 gestart met een systematische analyse van de ICD10-domeinen kanker en hart- en vaatziekten. Het instituut heeft de screeningsrapporten met de te verdiepen onderwerpen in december 2014 aan de minister aangeboden, waarna de verdiepende onderzoeken begin 2015 moeten starten. De screening oncologie is begin 2014 van start gegaan, maar voor de vervolgstappen wordt dezelfde planning aangehouden. De in 2015 te onderzoeken ICD10-domeinen zijn in oktober 2014 gekozen.

Het Zorginstituut is in 2014 ook gestart met een verdiepingsonderzoek naar de zorg voor knie- en heupartrose, in het bijzonder de toepassing van knie- en heupprothesen (Zorginstituut Nederland, 2014e). De minister heeft het Zorginstituut verzocht deze verdieping zonder de voorafgaande screeningsfase te onderzoeken. Reden hiervoor is een vermoeden van ongepast gebruik, deels gebaseerd op publicaties over regionale praktijkvariatie[29] en deels op de gebleken exponentiële groei van het aantal behandelingen en de uitgaven.
Het Zorginstituut verwacht dat vanaf 2016 jaarlijks € 48 miljoen euro bespaard kan worden op de zorg voor artrose bij knie en heup. Dat betekent dat nog een bedrag van € 27 miljoen moet worden ingevuld om het bezuinigingsdoel van 2016 te halen (Zorginstituut Nederland, 2014e).

Verdiepingsonderzoek knie- en heupartrose
Het Zorginstituut ziet in het domein knie- en heupartrose op twee vlakken ruimte voor verbetering:
- vermijding van onnodige kosten door ongepaste plaatsing van knie- en heupprotheses (jaarlijkse besparing: circa € 35 miljoen);
- gepast gebruik van diagnostiek (jaarlijkse besparing: circa € 14 miljoen).

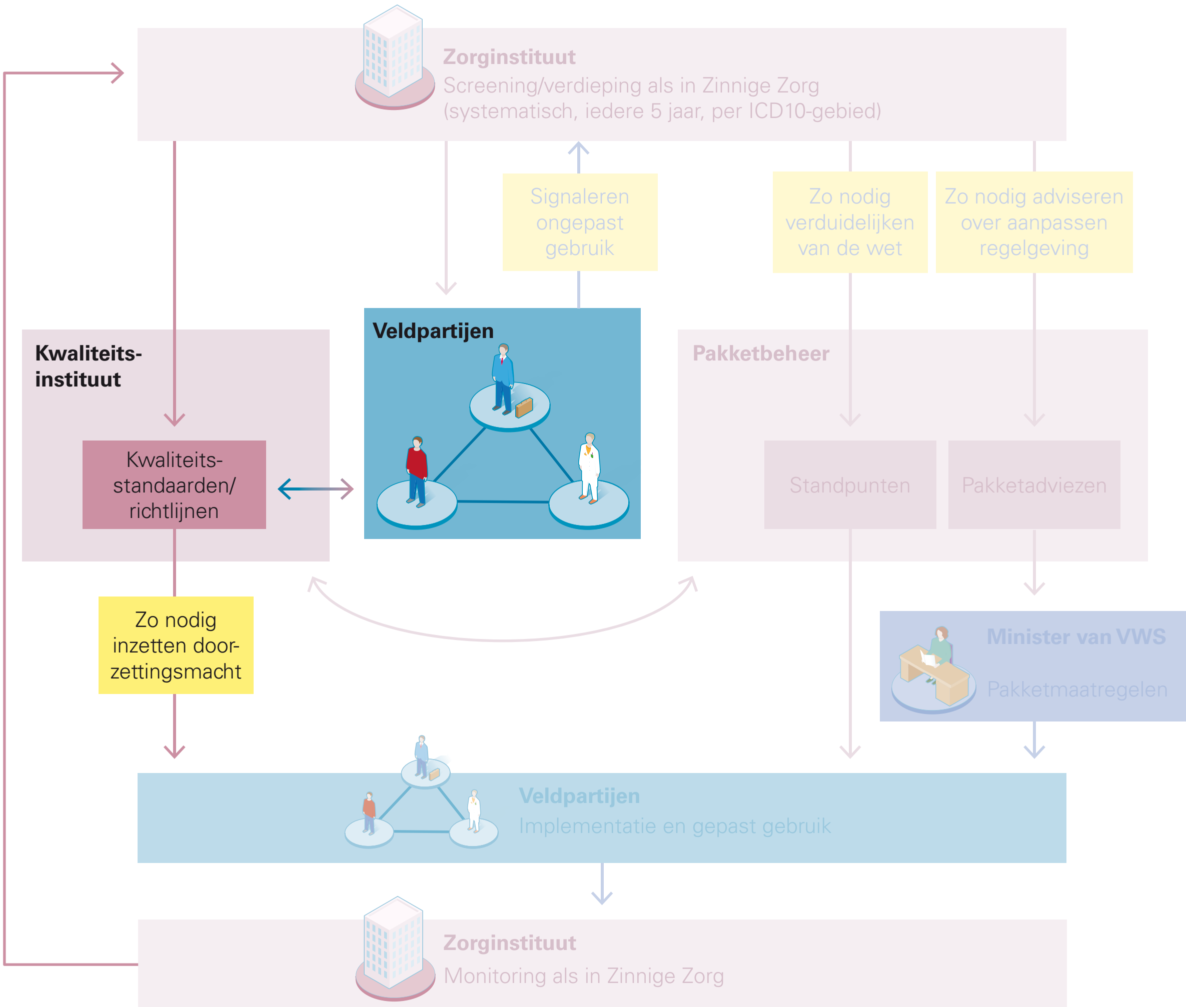
Gelet op de betrokkenheid van alle veldpartijen verwacht het Zorginstituut dat de implementatie van de overeengekomen verbeteringen in de richtlijnen en de uitvoering van de zorg voorspoedig zal verlopen en dat de inzet van wettelijk instrumentarium niet noodzakelijk zal zijn. Overigens schat het Zorginstituut in dat er geen maatschappelijk draagvlak is voor een pakketmaatregel op het gebied van knie- en heupartrose die de voorgestelde besparing zou kunnen opleveren.

29
Praktijkvariatie kan omschreven worden als verschillen in medisch handelen tussen aanbieders bij vergelijkbare situaties.

5 Gepast gebruik van zorg

In beleidsdiscussies over de beheersing van de zorguitgaven wordt steeds meer nadruk gelegd op het gepast gebruik van (verzekerde) zorg. In dit hoofdstuk gaan we hier nader op in.

Figuur 12 **Ontwikkeling pakketbeheer in beeld**



Gepast gebruik van zorg is de gedeelde verantwoordelijkheid van zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorggebruikers. Naast het uitbrengen van pakketadviezen en standpunten, heeft het Zorginstituut met het Kwaliteitsinstituut de taak gekregen om de naleving van het pakket te beïnvloeden door het stimuleren en transparant maken van gepast gebruik. Een belangrijk onderdeel hiervan is het stimuleren van veldpartijen om kwaliteitsstandaarden en richtlijnen voor zorg te ontwikkelen en te onderhouden.

Aanbevelingen
Het Kwaliteitsinstituut dient zich, als nieuw onderdeel van het Zorginstituut, actief op te stellen en niet terughoudend te zijn bij het inzetten van zijn wettelijke bevoegdheden als veldpartijen hun rol bij het bevorderen van gepast gebruik niet pakken.

Tegelijkertijd zou tussen het pakketbeheer en de activiteiten van het Kwaliteitsinstituut een duidelijke samenhang tot stand moeten komen. Veldpartijen kunnen het voortouw

nemen bij verbeteracties zoals het ontwikkelen van richtlijnen. Als dit niet gebeurt kan het Zorginstituut in casu het Kwaliteitsinstituut zijn doorzettingsmacht inzetten, standpunten uitbrengen of de minister adviseren een pakketmaatregel te nemen.

De komende jaren moet het Zorginstituut uitwerken hoe de activiteiten uit hoofde van het pakketbeheer en van het Kwaliteitsinstituut elkaar zo goed mogelijk kunnen aanvullen en versterken.

5.1 Meer nadruk op gepast gebruik van zorg

Gepast gebruik van zorg houdt in dat `...iedereen die zorg nodig heeft, de juiste zorg krijgt (niet te weinig, maar ook niet meer dan nodig) van de juiste hulpverlener/zorgaanbieder´ (CVZ, 2013g). Ongepast gebruik van zorg kan veroorzaakt worden door verschillende factoren, zoals perverse financiële prikkels of verouderde richtlijnen maar ook door het niet opvolgen van richtlijnen. Ongepast gebruik uit zich in onder- of overbehandeling, het te snel inzetten van dure behandelingen of het geven van een niet-effectieve behandelmethode (NZa, 2014b). Ook praktijkvariatie kan een teken zijn van ongepast gebruik.

In beleidsdiscussies over de beheersing van de zorguitgaven wordt steeds meer nadruk gelegd op het gepast gebruik van het basispakket door zorgverzekeraars, zorgaanbieders en zorggebruikers. Zo ging het Zorginstituut in het laatste Pakketadvies[30] (CVZ, 2012c) aan de minister van VWS uitvoerig in op gepast gebruik als een van de hoofdthema's voor de komende jaren. Gepast gebruik van zorg kan volgens het Zorginstituut de doelmatigheid van het bestaande pakket vergroten en zo de uitgaven beteugelen. Na de Buitenhofoproep zijn de aangekondigde pakketmaatregelen grotendeels vervangen door zorgakkoorden die als doel hebben niet-gepaste zorg en praktijkvariatie terug te dringen en volumegroei van ziekenhuizen te beperken om zorguitgaven beheersbaar te maken. In de brief 'Moet alles wat kan?' noemt de minister van VWS de zorgakkoorden als een alternatief voor pakketmaatregelen (VWS, 2014d). Tot slot noemen we de twee convenanten Gepast Gebruik van 2011 en in 2014 die veldpartijen hebben gesloten, vanuit de gedachte dat het terugdringen van ongepast gebruik een gedeelde verantwoordelijkheid is van zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten.

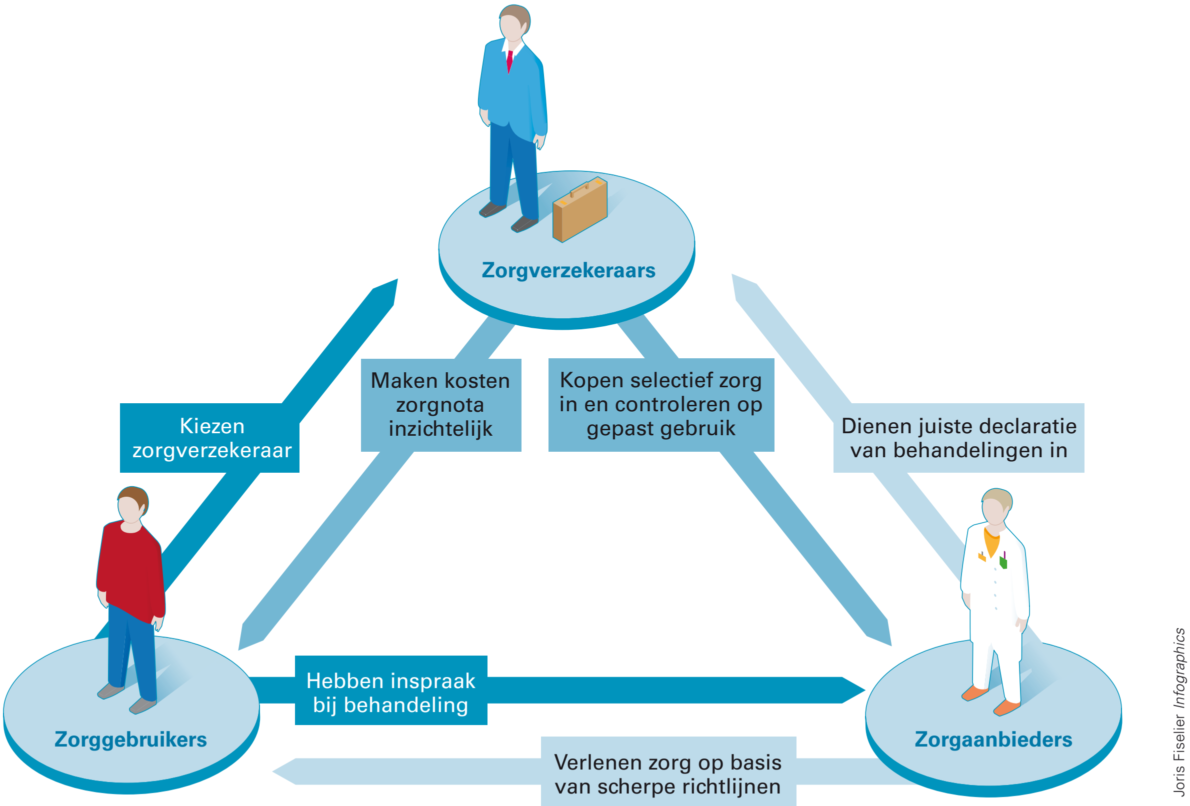
Casus Da Vinci robot - gepast gebruik

Waar de minister van VWS wees op de *countervailing power* van zorgverzekeraars in het zorgstelsel door het vaststellen van de vergoedingshoogte van robotchirurgie, constateerde het Zorginstituut in het rapport *Robotprostaatchirurgie: vanzelfsprekend*? (CVZ, 2011c) dat de gevoelde druk om medische innovaties (zoals de Da Vinci robot) aan te schaffen en te implementeren tegenover een ontoereikend vermogen (countervailing power) van zorgverzekeraars staat om het gebruik te reguleren. Dit kan tot een overmatig gebruik leiden van de robottechniek, waardoor er patiënten zijn die waarschijnlijk worden overbehandeld en minstens een net zo goede alternatieve behandeling hadden kunnen krijgen. Er is sprake van overcapaciteit van de robot, maar het is onduidelijk of de introductie van de Da Vinci robot leidt tot een toename van de (chirurgische) behandeling van patiënten met prostaatkanker die mogelijk geen behandeling nodig hebben. Wel is uit onderzoek gebleken dat patiënten gediagnosticeerd in ziekenhuizen met een Da Vinci robot vaker een radicale prostatectomie ondergingen dan patiënten gediagnosticeerd in een ziekenhuis zonder robot (KWF Kankerbestrijding, 2014). In het algemeen blijken er grote verschillen in de kwaliteit van kankerbehandelingen in ziekenhuizen. Dit komt mede doordat chirurgen de behandeling te weinig uitvoeren of zich niet houden aan de richtlijnen van hun beroepsgroep.

30
Vanaf 2013 stelt het CVZ niet langer een jaarlijks pakketadvies op.

Figuur 13 laat zien hoe partijen in het zorgveld idealiter hun verantwoordelijkheid voor gepast gebruik van zorg invullen.

Figuur 13 **Veldpartijen en hun verantwoordelijkheid voor gepast gebruik van zorg**



De partijen moeten hun verantwoordelijkheid voor het gepast gebruik van zorg waarmaken binnen de kaders van het Nederlandse zorgverzekeringsstelsel. In de volgende paragraaf gaan we na welke rol het Zorginstituut, met name met het nieuwe Kwaliteitsinstituut, kan spelen om gepast gebruik van zorg te bevorderen.

5.2 Zorginstituut en gepast gebruik

Naast de bestaande instrumenten van pakketbeheer heeft het Zorginstituut met de start van het Kwaliteitsinstituut op 1 april 2014 meer mogelijkheden gekregen om de naleving van het basispakket te beïnvloeden en gepast gebruik van zorg te bevorderen. Zo moet het Kwaliteitsinstituut veldpartijen (zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiëntenverenigingen) stimuleren en faciliteren bij het ontwikkelen en onderhouden van (kwaliteits)standaarden zoals richtlijnen.[31] Die taak voert het Kwaliteitsinstituut zo nodig uit met toepassing van zijn doorzettingsmacht.

Lange tijd waren zorgaanbieders volledig verantwoordelijk voor richtlijnen en kwaliteitsbeleid. Met de ontwikkeling van gereguleerde marktwerking in de zorg hebben ook andere partijen een rol gekregen bij het opstellen van richtlijnen. Het denken over richtlijnen is daarmee verschoven van *leidraad* voor besluitvorming van zorgaanbieders naar *sturingsinstrument* voor het bevorderen van kwaliteit en doelmatigheid in de zorg (Zorginstituut Nederland, 2014f).

31
Een professionele standaard is breder dan een richtlijn en kan ook normen voor goede zorg (zorgstandaard) en meetinstrumenten (kwaliteitsindicatoren en cliëntvragenlijsten) omvatten. In dit verband gaat het vooral om de richtlijnen voor medisch handelen.

Ondersteund door het Kwaliteitsinstituut, stellen veldpartijen een Meerjarenagenda (en jaarlijkse werkprogramma's) op waarin ze de prioritering en tijdsplanning van de ontwikkeling van standaarden en richtlijnen aangeven. Het Zorginstituut stelt uiteindelijk de Meerjarenagenda vast. De betrokken veldpartijen ontwikkelen de standaarden en richtlijnen en moeten deze onderschrijven. Als deze voldoen aan het toetsingskader van het Kwaliteitsinstituut, worden ze opgenomen in een register. Dit maakt inzichtelijk wat de betrokken veldpartijen hebben afgesproken over wat goede zorg is. Als partijen zich niet houden aan de vastgelegde afspraken, kan het Kwaliteitsinstituut zijn Adviescommissie Kwaliteit de opdracht geven zelf standaarden en richtlijnen te ontwikkelen (doorzettingsmacht).

Veldpartijen en richtlijnen bij gepast gebruik

Richtlijnen spelen een belangrijke rol bij het bevorderen van gepast gebruik door veldpartijen.
Zorgaanbieders kunnen gepast gebruik bevorderen door het formuleren en opvolgen van scherpe richtlijnen voor medisch handelen. Bij gepast gebruik is de voorwaarde 'redelijkerwijs aangewezen moeten zijn' ter beoordeling aan de zorgaanbieder. Door inperking van de indicaties waar een behandeling op grond van Zvw voor is verzekerd, kunnen interventies selectief toegepast worden (indicatie-interventiecombinatie). Dit houdt bijvoorbeeld in dat er naast de manier waarop er behandeld moet worden, ook meer uitleg komt in de richtlijn over wanneer en voor wie welke behandelingen beschikbaar moeten zijn.[32] Zorgaanbieders kunnen bij het opvolgen van richtlijnen kwaliteitsregistraties gebruiken als spiegelinformatie of benchmark.
Zorgverzekeraars kunnen gepast gebruik bevorderen door richtlijnen als uitgangspunt te nemen bij de zorginkoop en -controle. Op dit moment is er geen directe link tussen richtlijnen en het basispakket; richtlijnen omvatten meer dan alleen de zorg die binnen het basispakket valt.
Zorgverzekeraars kunnen op basis van declaratiegegevens en kwaliteitsregistraties (ongewenste) praktijkvariatie identificeren en deze bevindingen gebruiken om meer gerichte afspraken te maken met zorgaanbieders.
Zorggebruikers kunnen gepast gebruik bevorderen door kwaliteitsinformatie uit richtlijnen te gebruiken bij de keuze voor de juiste (zorgaanbieder en) behandeling. Dit kan bijvoorbeeld bijdragen aan de uitvoering van het initiatief *shared decision making* van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) en de Orde van Medisch Specialisten (OMS) waarin patiënt en arts samen beslissen welke behandeling het beste past bij de conditie en wensen van de patiënt.

Gepast gebruik en afstemming door het Zorginstituut

De instrumenten van het Zorginstituut en het Kwaliteitsinstituut vullen elkaar aan en kunnen elkaar versterken bij pakketbeheer (zie ook figuur 2). In dit beginstadium is het Kwaliteitsinstituut nog bezig om de betekenis van zijn wettelijke taken in de praktijk verder uit te werken, zoals het geven van invulling aan het draagvlak van de drie partijen en de doorzettingsmacht.

Het bevorderen van gepast gebruik is de gedeelde verantwoordelijkheid van veldpartijen. Als veldpartijen hun verantwoordelijkheid niet nemen, dan kan het Kwaliteitsinstituut zijn doorzettingsmacht inzetten. Het Zorginstituut heeft de mogelijkheid om de maatregelen vervolgens op te schalen naar het uitbrengen van standpunten en het doen van pakketadviezen. Wij wijzen erop dat het belangrijk is dat het Zorginstituut, en dus ook het Kwaliteitsinstituut, zich actief opstelt en niet terughoudend is bij het inzetten van zijn bevoegdheden als veldpartijen hun rol bij het bevorderen van gepast gebruik niet pakken.

32
Zie ook Regieraad Kwaliteit van Zorg (2011) over aangeven van het onderscheid tussen 'optioneel' en 'standaard' toepassen van een aanbeveling in een richtlijn en SER (2012) over verbreding van de doelgroep bij verzekerde zorg.

6 Bestuurlijke reacties en nawoord Algemene Rekenkamer

De minister van vws heeft op 9 april 2015 op ons onderzoek gereageerd.
De voorzitter van de Raad van Bestuur van het Zorginstituut Nederland heeft eveneens een reactie gegeven, op 31 maart 2015. Beide reacties geven wij hieronder verkort weer. De integrale teksten van de reacties staan op www.rekenkamer.nl. We sluiten dit hoofdstuk af met ons nawoord.

6.1 Reactie minister van VWS

De minister van vws deelt op hoofdlijnen onze conclusie, dat pakketbeheer een essentieel onderdeel is van het zorgverzekeringsstelsel, maar als instrument voor het beheersen van de zorguitgaven tot dusverre minder effectief is gebleken.

In haar reactie wijst de minister erop dat het pakketbeheer lang een digitale beslissing is geweest: een behandeling zat in het basispakket of niet. In deze kabinetsperiode heeft de minister de lijn ingezet naar een meer genuanceerde benadering: stringent pakketbeheer. Daarbij wordt bekeken voor welke verzekerden de zorg wel en voor welke verzekerden de zorg niet tot de aanspraken behoort. Dat doet recht aan de gedachte, aldus de minister, dat er alleen aanspraak op zorg is, als de verzekerde daar gezien zijn zorgvraag redelijkerwijs op is aangewezen.
De minister merkt op dat medewerking van artsen van groot belang is om stringent pakketbeheer te kunnen realiseren. Zij spreekt artsen daarom aan op hun verantwoordelijkheid. Wanneer artsen deze niet nemen, zal de minister teruggrijpen op volledige uitsluiting van behandelingen uit het basispakket. De minister is ervan overtuigd dat met deze aanpak de kwaliteit van zorg het beste is gediend en het pakketbeheer slimmer en rechtvaardiger wordt. Bovendien verwacht zij dat stringent pakketbeheer fors bijdraagt aan de realisatie van besparingen.

De minister reageert op onze aanbeveling om de financiële gevolgen van uitstroommaatregelen en standpunten systematisch door het Zorginstituut te laten monitoren. Ze schrijft dat met het Zorginstituut al is afgesproken dat het de rapporten van de systematische doorlichting van het basispakket zal monitoren. Die afspraak is er om te zien of de doorlichtingen in de praktijk het beoogde effect hebben. De minister geeft daarnaast aan dat zij met het Zorginstituut in overleg zal treden of een dergelijke afspraak ook nuttig en nodig is voor andere rapporten.

In reactie op onze aanbeveling om de verwachte en gerealiseerde financiële gevolgen van de uitstroommaatregelen en standpunten in het Financieel Beeld Zorg te verwerken, stelt de minister dat het niet altijd mogelijk is om een exacte realisatie van uitstroommaatregelen te bepalen. Daarom worden in het jaarverslag de effecten op het Budgettair Kader Zorg kwalitatief beschreven. De minister wijst erop dat de standpunten van het Zorginstituut geen beleidsmatige keuzes zijn en niet als beleidsmaatregelen kunnen worden opgevoerd in de begroting. Wel acht zij het mogelijk dat standpunten een budgettair effect hebben, doordat zorgprofessionals als gevolg van de standpunten hun behandelingen aanpassen. Dergelijke effecten laten zich echter moeilijk ramen, aldus de minister.

De verantwoordelijkheid en bevoegdheid voor de standpunten berust bij het Zorginstituut, zo stelt de minister. Dit is vastgelegd in de Zvw (artikel 64, eerste lid). Door deze taak bij het Zorginstituut te leggen worden de daar aanwezige kennis en deskundigheid optimaal benut. Bijkomende reden was dat op deze manier de uitleg van de wet politiek neutraler en meer (medisch-)inhoudelijk zou kunnen plaatsvinden.

Over de door ons geconstateerde belemmeringen voor de naleving van de standpunten stelt de minister dat het Zorginstituut steeds meer oog heeft voor de toepasbaarheid van standpunten in de praktijk. De minister denkt dat dit de sleutel is voor een betere naleving van de standpunten.

Ten slotte geeft de minister op ons verzoek een visie op de implementatie van de verbetervoorstellen van het programma Zinnige Zorg. Dit programma is ingezet, omdat de minister het van belang vindt dat het gehele basispakket tegen het licht wordt gehouden. De minister merkt op dat medewerking van de betrokken beroepsgroep essentieel is, bijvoorbeeld voor het ontwikkelen of actualiseren van richtlijnen en de toepassing daarvan. Zij noemt als voorbeeld het eerste rapport over knie- en heupprotheses. Het Zorginstituut en de betrokken veldpartijen hebben daarbij samen een verbeteragenda opgesteld en afgesproken dat de veldpartijen deze gaan uitvoeren.

6.2 Reactie Zorginstituut Nederland

Het bestuur van Zorginstituut Nederland concludeert in zijn reactie dat ons onderzoek zich gericht heeft op pakketbeheer als instrument voor uitgavenbeheersing. Het Zorginstituut ziet dat echter niet als primaire doelstelling van pakketbeheer. Het Zorginstituut borgt hiermee namelijk niet alleen de betaalbaarheid van de zorg onder het basispakket, maar ook de kwaliteit en de toegankelijkheid. Volgens het Zorginstituut was het beter geweest als ons onderzoek meer aandacht had gegeven aan de inspanningen van de veldpartijen om daadwerkelijk te komen tot gepast gebruik van zorg.

Het Zorginstituut onderschrijft de aanbeveling om partijen beter te betrekken bij de totstandkoming van standpunten, ook al leidt een betere betrokkenheid lang niet altijd tot draagvlak. Uiteindelijk maakt het Zorginstituut een onafhankelijke afweging volgens beschreven procedures en criteria.

Het Zorginstituut deelt onze mening dat het belangrijk is om inzicht te geven in de financiële consequenties van nieuwe standpunten. De aanbeveling om de gevolgen van nieuwe standpunten consequent te ramen, wordt overgenomen. Het Zorginstituut was hier reeds mee begonnen, maar zal dit in de toekomst systematischer gaan doen. Het is aan het kabinet om aan te geven hoe deze gevolgen in het Financieel Beeld Zorg verwerkt moeten worden, aldus het Zorginstituut.

In reactie op de aanbeveling om (in samenwerking met de Nederlandse Zorgautoriteit) de oude en nieuwe standpunten herkenbaar te maken in de DBC-systematiek, schrijft het Zorginstituut dat dit reeds gebeurt. Een probleem hierbij is, volgens het Zorginstituut, dat het geruime tijd duurt voordat de Nederlandse Zorgautoriteit de gegevens heeft verwerkt in de DBC-systematiek.

Over de uitvoering van de verbetervoorstellen uit het programma Zinnige Zorg schrijft het Zorginstituut dat het belangrijk is dat de afspraken die de veldpartijen hierover

maken niet vrijblijvend zijn. Ze moeten elkaar op hun verantwoordelijkheden aanspreken, en ook de Nederlandse Zorgautoriteit, de overheid en het Zorginstituut moeten dit doen. Voor de uitvoering van de verbetervoorstellen zijn primair de veldpartijen aan zet. Het Zorginstituut is nog zoekende naar de juiste balans in zijn rol bij de implementatie van zijn adviezen en standpunten. Het Zorginstituut wil verantwoordelijkheid nemen maar ook vermijden dat partijen wachten tot het Zorginstituut wat doet.

Over onze aanbeveling om uit te werken hoe pakketbeheer en activiteiten van het Kwaliteitsinstituut elkaar aanvullen en versterken, stelt het Zorginstituut dat het programma Zinnige Zorg de verbinding legt tussen het pakketbeheer en kwaliteitsbevordering. Het Zorginstituut schrijft dat het zijn wettelijke bevoegdheden zeker zal inzetten als dat nodig en effectief is. Uitgangspunt is en blijft echter dat de primaire verantwoordelijkheden liggen bij de partijen in de zorg. Het inzetten van wettelijke bevoegdheden ziet het Zorginstituut als een laatste, soms noodzakelijk middel.

6.3 Nawoord Algemene Rekenkamer

Wij constateren dat de minister van VWS onze hoofdconclusie onderschrijft, maar ook dat zij verwacht dat pakketbeheer in de toekomst fors bijdraagt aan de realisatie van besparingen. Wij zien hierin een reden temeer voor de minister om de informatievoorziening over pakketbeheer in het Financieel Beeld Zorg te verbeteren. Daarin moet niet alleen een beeld worden gegeven van de beleidsmatige lessen, maar moeten ook de financiële effecten worden gerapporteerd. Dit geldt zowel voor de pakketmaatregelen als voor de consequenties van de standpunten van het Zorginstituut.

Met de minister en het Zorginstituut zijn wij het eens dat de standpunten van het Zorginstituut geen beleidsmatige keuzes zijn en niet primair tot doel hebben de zorguitgaven te beheersen. Wel kunnen standpunten financiële gevolgen hebben, zoals ook de minister aangeeft. Het Zorginstituut schrijft dat zij die financiële gevolgen sinds 2014 in beeld brengt en dit in de toekomst systematischer zal doen. In dit verband raden we de minister aan het Zorginstituut duidelijk te maken hoe zij deze financiële gevolgen in het Financieel Beeld Zorg wil verwerken.

Het programma Zinnige Zorg is de praktische vertaling van het stringente pakketbeheer. In begroting en jaarverslag moet zo duidelijk mogelijk te volgen zijn of het beoogde besparingsdoel van structureel € 225 miljoen vanaf 2017 wordt gerealiseerd. Juist omdat het programma goede aanknopingspunten biedt voor effectiever pakketbeheer op de langere termijn, verdient de aanpak van het programma een grondige evaluatie. Mede op basis daarvan kunnen de minister en het Zorginstituut de ontwikkeling van het pakketbeheer verder vormgeven en het parlement hierover adequaat informeren.

De minister van VWS geeft aan dat de verantwoordelijkheid en bevoegdheid voor de totstandkoming van standpunten geheel bij het Zorginstituut berust. Dat is helder. Wij menen dat dan nog wel de vraag beantwoord moet worden in hoeverre het Zorginstituut rechtstreeks op de totstandkoming van standpunten kan worden aangesproken door bijvoorbeeld verzekerden of patiëntenverenigingen.

Bijlage 1 Overzicht van belangrijkste conclusies, aanbevelingen en reacties

Hoofdconclusie	Aanbevelingen	Reactie
Als instrument voor beheersing van zorg-uitgaven is pakketbeheer tot dusverre minder effectief gebleken.		**Minister van VWS:** Deelt de conclusie op hoofdlijnen. **Zorginstituut:** Geen reactie.
Deelconclusies		
Pakketmaatregelen		
In 2007-2013 hebben uitstroommaatregelen tot ongeveer de helft van de ingeboekte besparing geleid. Ministerie van VWS volgt realisatie van besparingen niet systematisch. Mogelijkheden voor nieuwe uitstroommaat-regelen lijken beperkt.	**Aan minister van VWS:** Laat financiële gevolgen van uitstroommaat-regelen systematisch door Zorginstituut monitoren. Evalueer met name uitstroommaatregelen met (potentieel) groot financieel belang. Verwerk verwachte en gerealiseerde financiële gevolgen uitstroom-maatregelen in Financieel Beeld Zorg. Deel beleidsmatige lessen met Tweede Kamer.	**Minister van VWS:** Zorginstituut zal rapporten uit Zinnige Zorg monitoren. Of dit ook nuttig en nodig is voor andere rapporten zal de minister overleggen met het Zorginstituut. Het budgettaire effect van pakketmaatregelen wordt in het jaarverslag kwalitatief beschreven omdat het niet altijd mogelijk is een exacte realisatie te bepalen.
Standpunten		
Aannemelijk dat standpunten tot dusverre beperkt financieel effect hebben gehad op zorguitgaven. Naleving van standpunten stuit op verschillende belemmeringen. Vraag is vooral of stand-punten voldoende gedragen worden.	**Aan minister van VWS:** Verwerk verwachte en gerealiseerde financiële gevolgen standpunten in Financieel Beeld Zorg. Deel beleidsmatige lessen met Tweede Kamer. Geef aan of verantwoordelijkheid en bevoegd-heid voor standpunten bij minister of Zorg-instituut ligt. Zie toe op terugdringing belemmeringen voor naleving standpunten.	**Minister van VWS:** Standpunten van het Zorginstituut zijn geen beleidsmatige keuzes en kunnen daarom niet als beleidsmaatregelen worden opgevoerd in de begroting. Budgettaire effecten laten zich moeilijk ramen, maar komen tot uiting in actualisering zorguitgaven. De verantwoordelijkheid en bevoegdheid voor het uitbrengen van standpunten berust bij het Zorginstituut en niet bij de minister van VWS. Het Zorginstituut heeft steeds meer oog voor de toepasbaarheid van standpunten in de praktijk. De minister denkt dat dit de sleutel is voor een betere naleving.

	Aan Zorginstituut: Versterk doorwerking standpunten: - vergroot draagvlak voor nieuwe standpunten door veldpartijen meer bij ontwikkeling te betrekken; - raam consequent financiële gevolgen nieuwe standpunten; - maak standpunten herkenbaar in DBC-systematiek.	**Zorginstituut:** Het Zorginstituut neemt dit ter harte. Indien substantieel worden financiële gevolgen van standpunten reeds in beeld gebracht. In de toekomst zal dit systematischer gebeuren. In 'overzicht zorgactiviteiten met aanspraakcode Zvw' staat welke zorgactiviteiten niet (volledig) onder de basisverzekering vallen.
Stringent pakketbeheer		
Ingeboekte besparingen stringent pakketbeheer op kortere termijn onzeker. Programma Zinnige Zorg van Zorginstituut biedt goede aanknopingspunten voor effectiever pakketbeheer op langere termijn.	**Aan minister van VWS:** Geef visie op implementatie verbetervoorstellen programma Zinnige Zorg. **Aan Zorginstituut:** Bevorder actief uitvoering verbetervoorstellen programma Zinnige Zorg door veldpartijen.	**Minister van VWS:** Voor uitvoeren van verbeteragenda is medewerking betrokken beroepsgroep essentieel. **Reactie Zorginstituut:** Het Zorginstituut is nog zoekende naar juiste balans. Het wil verantwoordelijkheid nemen maar ook vermijden dat veldpartijen wachten tot het Zorginstituut wat doet.
Gepast gebruik van zorg		
Gepast gebruik van zorg is gedeelde verantwoordelijkheid van veldpartijen. Met het Kwaliteitsinstituut kan het Zorginstituut gepast gebruik van zorg stimuleren en transparant maken.	**Aan Zorginstituut:** Werk uit hoe pakketbeheer en activiteiten Kwaliteitsinstituut elkaar aanvullen en versterken. Aarzel niet wettelijke bevoegdheden Kwaliteitsinstituut in te zetten als veldpartijen rol niet oppakken.	**Reactie Zorginstituut:** Programma Zinnige Zorg is de brug tussen pakketbeheer en kwaliteitsbevordering. Wettelijke bevoegdheden worden ingezet waar nodig én effectief. Uitgangspunt blijft dat verantwoordelijkheid primair bij veldpartijen ligt.

Bijlage 2 Overzicht pakketmaatregelen 2007-2013

Jaar inwerkingtreding	in/ uit	Maatregel	Geraamde besparingen (-) / meerkosten per jaar (€ miljoen)	Gebaseerd op advies Zorginstituut
2007		Geen aanpassingen basispakket		
2008	in	**Jeugd tandzorg:** De leeftijdsgrens voor mondzorg voor jeugdigen wordt verhoogd naar 22 jaar. Deze aanspraak wordt buiten het eigen risico gehouden.	100	Nee
2008	in	**Anticonceptie:** De anticonceptiepil wordt weer vergoed voor vrouwen boven de 21 jaar.	70	Nee
2008	in	**Kraamzorg:** Uitbreiding kraamuren van 44 naar 49 uur.	34	Nee
2009	in	**Dieetadvisering:** Verruiming dieetadvisering: de aanspraak op dieetpreparaten is verruimd.	Niet bekend	Nee
2009	uit	**Slaapmiddelen:** De benzodiazepinen zijn uitgesloten met uitzondering van enkele specifieke indicaties.	-70	Ja
2009	uit	**Cholesterolverlagers:** De voorwaarden voor vergoeding van cholesterolverlagers worden aangepast, de minister sluit aan bij de richtlijn van de beroepsgroep.	-32 in 2009, -65 in 2010, -97 vanaf 2011	Ja (advies gedeeltelijk overgenomen)
2009	uit	**Hulpmiddelen:** Faxapparatuur voor auditief gehandicapten, allergeenvrije/ stofdichte hoezen en sta-opstoelen met uitsluitend een sta-opfunctie worden uitgesloten.	-22	Ja
2010	in	**Dyslexie:** Diagnostiek en behandeling dyslexie in het basispakket.	27,9	Ja
2010	uit	**Acetylcysteine:** De vergoeding van Acetylcysteïne (slijmoplossend middel) wordt uit het verzekerde pakket gehaald.	-7	Ja
2010	in	**Hulpmiddelen:** Mandibulair repositie apparaat (een hulpmiddel voor het ademhalingsstelsel) is onderdeel van de verzekerde zorg.	3,7	Ja
2011	uit	**Antidepressiva:** Beperking van de indicaties voor vergoeding van antidepressiva ten laste van de Zvw.	-20,5	Ja (advies gedeeltelijk overgenomen)
2011	uit	**Jeugd tandzorg:** De leeftijdsgrens voor de mondzorg voor jeugdigen wordt weer verlaagd naar 18 jaar (was 22 jaar).	-100	Ja
2011	uit	**Extracties:** Extracties van solitaire gebitselementen door tandheelkundige specialisten worden niet langer vergoed.	-5	Nee
2011	uit	**Anticonceptie:** Anticonceptiva voor vrouwen ouder dan 21 jaar worden niet langer vergoed.	-32	Ja/Nee
2011	uit	**Fysiotherapie (van 9 naar 12 behandelingen):** Verzekerden van 18 jaar en ouder die fysio- of oefentherapie nodig hebben (in verband met een chronische aandoening), betalen de eerste twaalf behandelingen zelf.	-30	Nee (alleen inhoudelijk over aantal zittingen)
2011	in	**Stoppen met Roken**	20	Ja
2012	in	**Bekkenfysiotherapie:** Het, in verband met 'stepped care', uitbreiden van de fysiotherapie die in het basispakket zit, met de eerste negen behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie.	-2	Ja
2012	uit	**Fysiotherapie (van 12 naar 20 behandelingen):** Verzekerden van 18 jaar en ouder die fysio- of oefentherapie nodig hebben (in verband met een chronische aandoening), betalen de eerste twintig behandelingen zelf.	-80	Nee (alleen inhoudelijk over aantal zittingen)

Jaar inwerking-treding	in/ uit	Maatregel	Geraamde besparingen (-) / meerkosten per jaar (€ miljoen)	Gebaseerd op advies Zorginstituut
2012	uit	**Fysiotherapie, beperking chronische lijst:** Een aantal aandoeningen is van de chronische lijst geschrapt omdat het Zorginstituut heeft geconstateerd dat fysiotherapie en oefentherapie ingeval van deze aandoeningen niet langer voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk.	-30	Ja
2012	uit	**Maagzuurremmers:** De maagzuurremmers maken geen onderdeel meer uit van het basispakket. Chronisch gebruik is hiervan uitgezonderd.	-75 in 2012 en 2013, -58 vanaf 2014	Nee
2012	uit	**Stoppen met roken:** Ondersteuning bij stoppen met roken is uit het basispakket gehaald.	-20	Nee
2012	uit	**Dieetadvisering:** Dieetadvisering maakt geen onderdeel meer uit van het basispakket. Dit betreft de specialistische dieetadvisering in de niet-ketenzorg context. In het geval van ketenzorg bij COPD, diabetes en vasculair risicomanagement wordt de zorg die diëtisten bieden nog wel vergoed.	-42	Nee
2012	uit	**Aanpassingsstoornissen:** De behandeling van aanpassingsstoornissen is uit het verzekerde pakket Zvw gehaald.	-83	Nee
2012	uit	**Eerstelijnspsychologie:** Het aantal vergoede zittingen in de eerstelijnspsychologische zorg wordt verlaagd van acht naar vijf.	-10	Nee
2013	in	**Stoppen met roken:** Ook de medicijnen bij stoppen met roken worden als onderdeel van een stoppen met roken-programma vanaf 1 januari 2013 weer opgenomen in de basisverzekering.	20	Nee
2013	in	**Dieetadvisering:** De eerste drie behandeluren dieetadvisering worden vergoed uit de basisverzekering. De aanspraak op dieetadvisering, als onderdeel van de gecoördineerde, multidisciplinaire zorg, wordt teruggebracht van vier naar drie behandeluren.	44	Nee (niet expliciet, wel ambtelijk overleg)
2013	uit	**Mobiliteitshulpmiddelen:** De eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen (zoals krukken, loophulpen met drie of vier poten, looprekken en rollators) maken geen deel meer uit van het pakket van de zorgverzekering.	-20	Ja
2013	uit	**Redressiehelm:** Het behandelen van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm aanpassingsstoornissen is uit het verzekerde pakket Zvw gehaald.	-3,5	Ja
2013	uit	**Vruchtbaarheidsbehandelingen:** 1) Beperking van IVF-pogingen bij verzekerde, jonger dan 38 jaar indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst. 2) Uitsluiting van vruchtbaarheid gerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is.	-30	Ja
2013	uit	**Paracetamol/codeïne:** Het combinatiepreparaat paracetamol/codeïne maakt geen onderdeel meer uit van het basispakket.	-10	Ja

Bijlage 3 Gerealiseerde besparingen uitstroommaatregelen 2007-2013

Om na te gaan in hoeverre de uitstroommaatregelen daadwerkelijk tot de ingeboekte besparingen hebben geleid, hebben we allereerst openbare gegevens geraadpleegd. In aanvulling daarop hebben we gebruikgemaakt van de Achmea Health database.

A. Openbare gegevens: Zorginstituut, Nederlandse Zorgautoriteit en GIP-databank

Uit publicaties van het Zorginstituut en de Nederlandse Zorgautoriteit en uit eigen analyse van de gegevens uit de databank van het Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (GIP) komt een gemengd beeld naar voren van de gerealiseerde besparingen door uitstroommaatregelen.[33] Bij sommige maatregelen lijken de geraamde besparingen geheel te zijn gerealiseerd door de pakketmaatregel, bij andere deels en bij weer andere niet of nauwelijks. Tot slot is er een categorie van maatregelen waarvan de gerealiseerde besparingen niet te bepalen vielen. In het vervolg van deze paragraaf gaan we hier nader op in.

1. Besparing pakketmaatregel geheel gerealiseerd

Bij de volgende uitstroommaatregelen lijken de besparingen zo goed als geheel te zijn gerealiseerd:

- 2009: slaap- en kalmeringsmiddelen;
- 2010: geneesmiddelen met de werkzame stof acetylcysteïne;
- 2012: eerstelijnspsychologie (zie deel B van deze bijlage);
- 2013: redressiehelm;
- 2013: vaste combinatie paracetamol/codeïne.

In 2009 zijn de *slaap- en kalmeringsmiddelen* (benzodiazepinen) uit het basispakket gehaald. Het Ministerie van VWS raamde de structurele besparing voor deze maatregel op ongeveer € 70 miljoen per jaar. Deze besparing lijkt te zijn gerealiseerd: in de GIP-databank is te zien dat de vergoeding van het gebruik van benzodiazepinen daalde van € 103 miljoen in 2008 tot ongeveer € 30 miljoen per jaar in de periode daarna. Een ander beleidsdoel van deze maatregel was het terugdringen van het ongewenste en omvangrijke chronische gebruik en de verslavende werking van deze middelen. Uit onderzoek van het Zorginstituut blijkt dat dit doel niet is gehaald aangezien veel mensen de middelen zijn blijven gebruiken en deze nu zelf betalen (CVZ, 2014).

De ingeboekte besparingen voor de uitstroom van geneesmiddelen met de werkzame stof *acetylcysteïne* vanaf 2010 (€ 7 miljoen) en voor de uitstroom van de *redressiehelm* vanaf 2013 lijken op basis van gegevens uit de GIP-databank volledig te zijn gerealiseerd.

In 2013 is de vaste combinatie *paracetamol-codeïne* uit het basispakket gehaald waarvoor het Ministerie van VWS een besparing heeft ingeboekt van € 10 miljoen. In het onderliggende uitstroomadvies gaf het Zorginstituut aan dat er in 2011 voor € 14,4 miljoen uit de Zvw aan dit geneesmiddel werd vergoed (CVZ, 2012a). Deze vergoeding vindt thans niet meer plaats.

33
In de databank van het Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (GIP) verzamelt Zorginstituut Nederland op basis van gegevens van een groot aantal zorgverzekeraars informatie over de ontwikkelingen in het gebruik van geneesmiddelen en hulpmiddelen die vergoed worden uit de Zvw. Het GIP controleert de gegevens en corrigeert deze zo nodig. Zie verder https://www.gipdatabank.nl.

Het Zorginstituut gaf ook aan dat er zeer waarschijnlijk substitutie-effecten zouden optreden naar vergelijkbare middelen. Cijfers uit de GIP-databank laten inderdaad zien dat de vergoedingen van de afzonderlijke middelen codeïne en paracetamol in 2013 zijn gestegen met respectievelijk € 1,5 miljoen en € 1,7 miljoen. Per saldo lijkt de ingeboekte besparing van € 10 miljoen per jaar toch volledig te zijn gerealiseerd.

2. Besparing pakketmaatregel deels (> 20%) gerealiseerd

Bij de volgende uitstroommaatregelen lijken de besparingen deels te zijn gerealiseerd:

- 2011/2012: fysiotherapie (zie hierna onder B);
- 2012: maagzuurremmers;
- 2013: vruchtbaarheidsbehandelingen (IVF);
- 2013: mobiliteitshulpmiddelen.

Bij de maatregel waarbij de vergoeding van *maagzuurremmers* is beperkt tot chronisch gebruik is de geraamde besparing in 2012 van € 75 miljoen grotendeels gerealiseerd, namelijk € 60 miljoen. Uit onderzoek van het Zorginstituut blijkt dat deze uitgavendaling voor een belangrijk deel komt door prijsdalingen van geneesmiddelen (circa € 35 miljoen) en niet door de pakketmaatregel. Het structurele effect van de maatregel zelf bedraagt € 25 miljoen (CVZ, 2013b).

In 2013 heeft de minister met een pakketmaatregel de collectieve vergoeding van *in-vitrofertilisatie behandelingen (IVF)* ingeperkt. Voor deze maatregel heeft VWS een besparing van structureel € 30 miljoen ingeboekt. Uit de rapportage van het Zorginstituut blijkt dat ongeveer € 18,5 miljoen van de beoogde besparing is gerealiseerd, waarbij nog onzekerheid bestaat over een deel van de onderliggende data (Zorginstituut Nederland, 2014a).

Met de pakketmaatregel eenvoudige *mobiliteitshulpmiddelen* uit 2013 heeft de minister van VWS eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen zoals krukken en rollators uit het basispakket gehaald. Hiervoor heeft het Ministerie van VWS een structurele besparing van € 20 miljoen ingeboekt op de Zvw-uitgaven. Gezien de totale uitgaven in 2012 van € 16,4 miljoen aan deze hulpmiddelen was dit een overschatting van de mogelijke besparing.
Cijfers uit de GIP-databank laten zien dat de vergoedingen voor deze hulpmiddelen zijn afgenomen van € 16,4 miljoen in 2012 tot € 3,6 miljoen in 2013. Op basis hiervan lijkt € 13 miljoen van de ingeboekte € 20 miljoen gerealiseerd.

3. Besparing pakketmaatregel niet of nauwelijks (< 20%) gerealiseerd

Bij de volgende uitstroommaatregelen lijken de besparingen niet of nauwelijks te zijn gerealiseerd:

- 2009: cholesterolverlagers;
- 2011: antidepressiva;
- 2012: aanpassingsstoornissen.

Cholesterolverlagers worden vanaf 2009 alleen nog vergoed als de behandeling plaatsvindt volgens de richtlijnen van de betrokken beroepsgroepen. Daarin wordt geadviseerd te starten met de (goedkope) cholesterolverlagers simvastatine en pravastatine, waarbij andere cholesterolverlagers pas in tweede instantie vergoed worden op basis van een artsenverklaring.[34] Het Ministerie van VWS heeft voor deze pakketmaatregel

34
Sinds 2012 wordt in de richtlijn cardiovasculair risicomanagement aanbevolen om in alle gevallen eerste te starten met simvastatine.

een besparing ingeboekt van € 32 miljoen in 2009, oplopend naar € 65 miljoen in 2010 en € 97 miljoen in 2011.

Uit de gegevens in de GIP-databank blijkt dat de vergoedingen voor de betreffende cholesterolverlagers[35] zijn afgenomen van € 304 miljoen in 2008 tot € 148 miljoen in 2013 (- € 156 miljoen). Dit betekent dat de ingeboekte besparing ruimschoots is gerealiseerd.
De besparing wordt echter slechts voor een klein deel veroorzaakt door de pakketmaatregel (€ 18 miljoen, zie tabel 4). De prijsdaling wordt veroorzaakt door het door zorgverzekeraars gevoerde preferentiebeleid en het verlopen van het patent op één van deze middelen in 2012. In deel B van deze bijlage gaan we verder op deze maatregel in.

Tabel 4 Besparingen pakketmaatregel cholesterolverlagers (in € miljoen)

Jaar	Geraamde besparing	Door pakketmaatregel gerealiseerde besparing*
2009	32	26
2010	65	42
2011	97	51
2012**	97	14
2013**	97	18

* Gecorrigeerd voor het prijseffect.

** Besparing op basis van de aangepaste richtlijn uit 2012.

Bron: GIP-databank / Zorginstituut Nederland, bewerking Algemene Rekenkamer.

Sinds 2011 worden *antidepressiva* uitsluitend nog vergoed bij bepaalde zware indicaties. Met deze maatregel had structureel jaarlijks € 20 miljoen moeten worden bespaard. Uit gegevens in de GIP-databank blijkt echter dat de vergoede kosten van antidepressiva in 2011 niet zijn gedaald en ook in 2012 en 2013 stabiel zijn gebleven. Uit de GIP-databank blijkt verder dat het aantal gebruikers tussen 2011 en 2013 is blijven stijgen.

Bij de pakketmaatregel voor *aanpassingsstoornissen* lijken aanzienlijke substitutie-effecten te zijn opgetreden, die ervoor hebben gezorgd dat veel minder is bespaard dan was ingeboekt. Het Ministerie van VWS ging uit van een structurele besparing van € 83 miljoen per jaar. De Nederlandse Zorgautoriteit heeft becijferd dat de totale uitgaven voor aanpassingsstoornissen in 2013 weliswaar zijn afgenomen met € 74 miljoen, maar dat gelijktijdig een aanzienlijke stijging heeft plaatsgevonden bij een aantal andere, gerelateerde diagnosegroepen. Ook meldt de Zorgautoriteit dat het veld signalen afgeeft waaruit blijkt dat er een wijziging in de diagnosecodering heeft plaatsgevonden. Wanneer de volumeontwikkeling van de vier gerelateerde diagnosegroepen depressie, angst, aanpassing en persoonlijkheidsstoornis samen wordt genomen, is sprake van een volume*stijging* van 3 procent (NZa, 2014a). In de officiële aankondiging van de maatregel was er overigens al op gewezen dat de maatregel kan leiden tot een verschuiving van de indicatiestelling (Staatsblad van het koninkrijk der Nederlanden, 2011).

4. Besparing pakketmaatregel niet te bepalen

Tot slot zijn er pakketmaatregelen waarvan de gerealiseerde besparingen niet (of alleen met zeer grote onzekerheid) zijn vast te stellen:

- 2009: hulpmiddelen (faxapparatuur voor auditief gehandicapten, allergeenvrije/stofdichte hoezen en sta-opstoelen);
- 2011: ongecompliceerde extracties (zie deel B);
- 2011: bekkenfysiotherapie (zie deel B).

35
Het gaat hier om: simvastatine, pravastatine, fluvastatine, atorvastatine en rosuvastatine.

Redenen waarom we de gerealiseerde besparingen niet konden bepalen zijn het gebrek aan openbare historische data (*hulpmiddelen 2009*) en het moeilijk kunnen schatten van de omvang van *specifieke* behandelingen (*ongecompliceerde extracties* en *bekkenfysiotherapie*).

B. Inzichten uit declaratiegegevens

In aanvulling op de voorgaande analyse (op basis van openbare gegevens) van de gerealiseerde besparingen, hebben wij in samenwerking met zorgverzekeraar Achmea verder onderzoek gedaan naar de opbrengsten van enkele pakketmaatregelen.[36] Hiervoor hebben we gebruikgemaakt van de Achmea Health database die gegevens bevat over de gedeclareerde zorgkosten van verzekerden van Achmea vanaf 2006. Op die manier konden we de analyse van de GIP-data verdiepen en schattingen maken van de besparingen van enkele pakketmaatregelen waarvoor geen andere informatie bekend was:

- eerstelijnspsychologie;
- fysiotherapie;
- cholesterolverlagers;
- ongecompliceerde extracties;
- bekkenfysiotherapie.

De aanvullende analyse met behulp van de declaratiegegevens bevestigt het eerder geschetste beeld dat de pakketmaatregelen soms wel, maar soms ook niet tot de beoogde besparingen leiden.

1. Besparing pakketmaatregel geheel gerealiseerd

Voor de maatregel uit 2012 waarbij het aantal zittingen in de *eerstelijnspsychologie* is verlaagd van acht naar vijf, heeft de minister een besparing ingeboekt van € 10 miljoen per jaar. Uit de analyse blijkt dat het aantal behandelingen in de eerstelijns psychologische zorg in 2012 ten opzichte van 2011 fors is gedaald. Wanneer we de lagere uitgaven extrapoleren naar landelijk niveau, komen we uit op een besparing van ongeveer € 30 miljoen per jaar en lijkt de ingeboekte besparing te zijn gerealiseerd. De mate waarin de besparing is toe te schrijven aan de pakketmaatregel is onduidelijk, aangezien in 2012 eveneens een verhoging van de eigen bijdrage van € 10 naar € 20 per behandeling is ingevoerd. Het is desalniettemin aannemelijk dat de pakketmaatregel in 2012 tot de besparing van € 10 miljoen heeft geleid.

2. Besparing pakketmaatregel deels (>20%) gerealiseerd

De minister heeft in 2011 en 2012 drie pakketmaatregelen genomen op het gebied van fysiotherapie waarvan de beoogde besparingen respectievelijk € 30 miljoen, € 80 miljoen en € 30 miljoen bedragen. De laatste maatregel (beperking chronische lijst) heeft de minister van VWS opgenomen in de begroting 2013 als invulling van het stringent pakketbeheer.
Met behulp van de declaratiegegevens zijn de opbrengsten van de fysiotherapie pakketmaatregelen geschat. Deze lijken voor alle drie de pakketmaatregelen lager te zijn dan verwacht. Wanneer de daling in de uitgaven wordt geëxtrapoleerd naar landelijk niveau, valt de besparing in 2011 € 20 miljoen lager uit dan beoogd. De besparing van de twee pakketmaatregelen in 2012 bedraagt € 80 miljoen in plaats van de beoogde € 110 miljoen. Van de beoogde structurele besparing van in totaal € 140 miljoen is uiteindelijk dus € 90 miljoen gerealiseerd.

36
Zie https://www.achmea.nl/zorgaanbieders/downloads/140924-MDJvL-technical-report-evaluatie-pakketmaatregelen-Achmea.pdf voor de achtergrondnotitie.

3. Besparing pakketmaatregel niet of nauwelijks (<20%) gerealiseerd

Met behulp van de database is de analyse van de pakketmaatregel *cholesterolverlagers* uit 2009 verdiept en zijn de gevolgen van de aangepaste vergoedingsvoorwaarden van deze geneesmiddelen in kaart gebracht. Uit de declaratiegegevens blijkt dat in 2009 minder patiënten zijn overgestapt op de goedkopere voorkeursmiddelen dan aanvankelijk verwacht. Bovendien blijkt dat één derde van de patiënten die zijn overgestapt op een goedkoper voorkeursmiddel, in een later stadium weer terugkeert naar de duurdere cholesterolverlagers waarvoor een artsenverklaring nodig is. Dit biedt een verdere verklaring voor de relatief geringe besparing die hiervoor is beschreven.

Pakketmaatregelen cholesterolverlagers

Uit de analyse blijkt dat in het jaar dat de pakketmaatregel is genomen 11.726 verzekerden die cholesterolverlagers gebruikten zijn overgestapt naar één van de twee (goedkopere) voorkeursmiddelen. Dit is aanzienlijk meer dan de 3.015 overstappers in het voorgaande jaar en lijkt een direct effect van de pakketmaatregel. Extrapolerend naar landelijk niveau komt dit neer op ongeveer 61 duizend gebruikers; dat is een derde minder dan de 92.000 overstappers die de minister volgens de Stichting Farmaceutische Kengetallen nodig had om de bezuinigingsdoelstelling in 2009 te behalen (SFK, 2012).

In de database is de groep die in 2009 is overgestapt gevolgd door de tijd. Het blijkt dat in de drie opvolgende jaren één derde van de overstappers teruggaat naar de (duurdere) cholesterolverlagers die alleen op basis van een artsenverklaring worden vergoed. Deze groep ondervindt klaarblijkelijk bijwerkingen van de goedkopere voorkeursmiddelen en schakelt op advies van de arts weer over op de duurdere cholesterolverlagers.

4. Besparing pakketmaatregel niet te bepalen

In 2011 zijn *ongecompliceerde extracties* in de tweede lijn (tandheelkundige chirurgische hulp van specialistische aard) uit het basispakket gehaald, om zo het verschil tussen de tandarts - waar deze extracties toen al niet werden vergoed - en de kaakchirurg op te heffen. Het Ministerie van VWS heeft hiervoor een besparing ingeboekt van € 5 miljoen per jaar. In de gegevens in de database wordt in de tweede lijn geen onderscheid gemaakt tussen gecompliceerde en ongecompliceerde extracties, waardoor het niet mogelijk is na te gaan hoe groot het aandeel ongecompliceerde extracties in de tweede lijn is.

In 2011 heeft het Ministerie van VWS een besparing ingeboekt van € 2 miljoen per jaar op de vergoeding van materiaal voor urine-incontinentie, door *bekkenfysiotherapie* voor deze vorm van incontinentie voortaan uit de basisverzekering te vergoeden. Het achterliggende idee is dat met de invoering van deze vorm van *stepped care* (zorg in een aantal stappen, waarbij de minst ingrijpende als eerste wordt gekozen) de hogere uitgaven voor bekkenfysiotherapie ruim worden gecompenseerd door de lagere uitgaven aan incontinentiemateriaal.
Uit de gegevens van de GIP-databank blijkt een stijging van de Zvw-uitgaven aan incontinentiemateriaal in 2011 van € 1,5 miljoen, gevolgd door een daling van € 2 miljoen in 2012 en een verdere daling van ruim € 3,5 miljoen in 2013. Toch kunnen wij niet zeggen of de besparing per saldo gerealiseerd is, aangezien de (gestegen) uitgaven specifiek voor bekkenfysiotherapie niet bepaald konden worden.
Overigens hebben zorgverzekeraars geen direct zicht op de indicaties waarvoor zorg wordt verleend. Het zou dus ook nog eens lastig zijn geweest om na te gaan in hoeverre (meer) bekkenfysiotherapie werd verleend vanwege urine-incontinentie.

Bijlage 4 Begrippen

Basispakket
Het geheel aan zorgvormen (of behandelingen) uit de Zvw en AWBZ zoals veelgebruikte geneeskundige zorg, geneesmiddelen en medische hulpmiddelen, waarvoor iedere Nederlander verplicht verzekerd is en aanspraak op maakt. In ons onderzoek beperken wij ons tot het basispakket in de Zvw.

Behandeling
Een behandeling omvat handelingen van zorgaanbieders die moeten bijdragen aan de gezondheid van een patiënt. Soortgelijke begrippen voor behandeling zijn: zorgvorm, behandelvorm, te verzekeren prestatie of interventie.

Gepast gebruik van zorg
Gepast gebruik van zorg houdt in dat iedereen die zorg nodig heeft, de juiste zorg krijgt (niet te weinig, maar ook niet meer dan nodig) van de juiste hulpverlener/zorgaanbieder. Zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorggebruikers hebben een gedeelde verantwoordelijkheid bij de naleving van het (verzekerde) pakket.

Open systeem
Het open systeem houdt in dat de aanspraken van het basispakket in de Zvw voor het grootste deel globaal zijn omschreven, dat wil zeggen, in de Zvw is in algemene termen beschreven welke behandelingen vergoed worden door de basisverzekering (bijvoorbeeld: 'geneeskundige zorg'). In een open systeem wordt alle zorg die aan de wettelijke criteria voldoet door de basisverzekering vergoed, tenzij deze zorg expliciet wordt uitgesloten.

Pakketadvies
Een pakketadvies is een advies van het Zorginstituut aan de minister van VWS over de inhoud en omvang van het basispakket. Een pakketadvies kan leiden tot een pakketmaatregel van de minister van VWS. Het Zorginstituut baseert zijn pakketadviezen aan de minister van VWS op vier pakketcriteria.

Pakketbeheer
Pakketbeheer is het afbakenen en verduidelijken van het basispakket door het nemen van pakketmaatregelen door de minister van VWS - met betrokkenheid van het parlement en al dan niet voorafgaand aan een advies van het Zorginstituut - en het uitbrengen van standpunten door het Zorginstituut.
Pakketbeheer is één van de instrumenten die de minister van VWS heeft om de zorguitgaven te beheersen.

Pakketcriteria
Het Zorginstituut baseert zijn pakketadviezen aan de minister van VWS op vier pakketcriteria: effectiviteit, noodzakelijkheid, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid. Het pakketcriterium effectiviteit is het enige criterium dat in de Zorgverzekeringswet is vastgelegd, namelijk dat een behandeling moet voldoen aan de 'stand van de wetenschap en praktijk'.

Pakketmaatregel
Een pakketmaatregel is een besluit van de minister van VWS om een behandeling toe te laten tot het basispakket (instroommaatregel) of eruit te halen (uitstroommaatregel). De minister van VWS kan een pakketmaatregel baseren op een pakketadvies van het Zorginstituut. Als de minister een pakketmaatregel neemt volgt een wijziging in het Besluit zorgverzekering en publicatie in het Staatsblad.
In ons rapport verstaan wij onder pakketmaatregelen niet het verhogen van de eigen bijdragen of het verschuiven van zorg van bijvoorbeeld de AWBZ naar de Zvw.

Standpunt
Een standpunt is een advies van het Zorginstituut waarin het aan de veldpartijen verduidelijkt of een behandeling wel of niet tot het basispakket behoort. Het Zorginstituut geeft aan of een behandeling voldoet aan de wettelijke criteria van de Zvw: 'stand van de wetenschap en praktijk' en 'plegen te bieden' (zie verder 'wettelijke criteria').
Verschillende partijen (zorgverzekeraars, zorgaanbieders, patiënten) kunnen het Zorginstituut vragen om een uitspraak te doen over of iets tot het basispakket behoort of niet als hier onduidelijkheid over bestaat. In een standpunt geeft het Zorginstituut uitleg van de wet; het standpunt zelf is daarmee niet juridisch bindend.
Het proces van duiden door het Zorginstituut dat leidt tot een standpunt is vastgelegd in artikel 64 van de Zvw.

Wettelijke criteria
De wettelijke criteria van de Zvw zijn 'plegen te bieden' en 'stand van de wetenschap en praktijk'. Met deze criteria beperkt de wetgever de zorg die door de basisverzekering kan worden vergoed.
Met het criterium 'plegen te bieden' wordt de zorg bedoeld die de beroepsgroep rekent tot het aanvaarde arsenaal van zorg en die geleverd wordt op een wijze die de betreffende beroepsgroep als professioneel en juist beschouwt. Het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' verwijst er naar dat de effectiviteit van een behandeling moet zijn bewezen.
Als een behandeling aan beide wettelijke criteria voldoet, dan behoort het tot het basispakket tenzij het is uitgesloten in het Besluit zorgverzekering.

Zorgactiviteit
Een zorgactiviteit kan omschreven worden als een zorghandeling van een zorgaanbieder aan een patiënt en is onderdeel van een behandeling.
De combinatie van verschillende zorgactiviteiten bij elkaar vormt een zorgtraject en is vastgelegd in een DBC[37]-zorgproduct. Een DBC-zorgproduct heeft een unieke code die de zorgvraag, diagnose en behandeling van de patiënt weergeeft. DBC-zorgproducten zijn onderdeel van het declaratiesysteem voor de medisch-specialistische zorg en tweedelijns GGZ zorg.

Zorguitgaven
Met zorguitgaven bedoelen wij het Budgettair Kader Zorg (BKZ). Het *bruto*-BKZ betreft hoofdzakelijk uitgaven op grond van de Zvw, AWBZ en de WMO. Het *netto*-BKZ zijn de bruto-uitgaven, verminderd met de eigen betalingen van de zorggebruiker zoals het gerealiseerde verplichte eigen risico in de Zvw. Deze definitie omvat niet de privaat gefinancierde zorg (zoals aanvullende verzekeringen). In ons onderzoek beperken wij ons tot de zorguitgaven die onder de Zvw vallen.

37
Diagnose Behandel Combinatie.

Zorgverzekeringswet (Zvw)
De Zorgverzekeringswet regelt de samenstelling van het basispakket en verplicht iedereen die in Nederland woont en/of loonbelasting betaalt een basisverzekering af te sluiten. De Zorgverzekeringswet is ingevoerd per 1 januari 2006 als onderdeel van het nieuwe zorgstelsel van gereguleerde marktwerking.

Literatuur

Algemene Rekenkamer. (2011). *Uitgavenbeheersing in de zorg*. Tweede Kamer Vergaderjaar 2011-2012, 33060. nr. 2. Den Haag: Sdu.

Algemene Rekenkamer. (2013). *Transparantie ziekenhuisuitgaven; Uitgavenbeheersing in de zorg deel 2*. Vergaderjaar 2013/2014, 33060 nr. 6. Den Haag.

CPB. (2013). *Toekomst voor de zorg*. Den Haag: Centraal Planbureau.

CVZ. (2006). *Pakketbeheer in de praktijk*. Diemen: College voor Zorgverzekeringen.

CVZ. (2007). *Laparoscopische prostatectomie met behulp van de Da Vinci operatie-robot is even effectief gebleken als de gewone operatiechnieken (standpunt).* Diemen: College voor Zorgverzekeringen.

CVZ. (2008). *Standpunt behandeling van varices*. Diemen: College voor Zorgverzekeringen.

CVZ. (2010). *Standpunt Continue glucose monitoring*. Diemen: College voor Zorgverzekeringen.

CVZ. (2011a). *Varices : medisch noodzakelijke versus cosmetische behandelingen (standpunt).* Diemen: College voor Zorgverzekeringen.

CVZ. (2011b). *Pakketadvies 2011 in teken 'gepaste gebruik' (persbericht)*. Diemen: College voor Zorgverzekeringen.

CVZ. (2011c). *Robotprostaatchirurgie: Vanzelfsprekend?; Da Vinci-robotchirurgie in de context van de Zorgverzekeringswet*. Diemen: College voor Zorgverzekeringen.

CVZ. (2012a). *Uitstroomadvies Paracetamol-codeïne.* Diemen: College voor Zorgverzekeringen.

CVZ. (2012b). *Uitvoeringstoets lage-ziektelastbenadering*. Diemen: College voor Zorgverzekeringen.

CVZ. (2012c). *Pakketadvies 2012.* Diemen: College voor Zorgverzekeringen.

CVZ. (2013a). *Pakketbeheer in de praktijk deel 3*. Diemen: College voor Zorgverzekeringen.

CVZ. (2013b). *GIPeilingen 2012*. Diemen: College voor Zorgverzekeringen.

CVZ. (2013c). *Standpunt Minnesota Model.* Diemen: College voor Zorgverzekeringen.

CVZ. (2013d). *Evaluatie indicatieprotocol transkatheter aortaklepvervanging (TAVI)*. Diemen: College voor Zorgverzekeringen.

CVZ. (2013e). *Kosteneffectiviteit in de zorg; Op weg naar een genuanceerd en geaccepteerd gebruik van kosteneffectiviteitsgegevens in de zorg.* Diemen: College voor Zorgverzekeringen.

CVZ. (2013f). *Uitvoeringstoets Systematische doorlichting Pakket. Operatie 'Zinnig & Zuinig'.* Diemen: College voor Zorgverzekeringen.

CVZ. (2013g). *Advies Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg, deel 2; Op weg naar een toekomstbestendige GGZ.* Diemen: College voor Zorgverzekeringen.

CVZ. (2014). *Cijfermatige verkenning benzodiazepinen.* Brief van CVZ aan de minister van VWS, 2009-2013 d.d. 24 juli 2014. Diemen: College voor Zorgverzekeringen.

IGZ. (2007). *Risico's minimaal invasieve chirurgie onderschat. Kwaliteitssysteem voor laparoscopische operaties ontbreekt.* Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg.

IGZ. (2010). *Onvoldoende zorgvuldigheid bij introductie van operatierobots.* Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Kabinet-Rutte/Asscher. (2012). *Bruggen slaan. Regeerakkoord VVD-PvdA.* Brief informateurs kabinet-Rutte/Asscher aan Tweede Kamer. Vergaderjaar 2012-2013, 33 410, nr. 15. Den Haag.

KWF Kankerbestrijding. (2014). *Kwaliteit van kankerzorg in Nederland: voortgang en blik op de toekomst.* Amsterdam: KWF Kankerbestrijding

NPCF, OMS, NVZ, NFU, ZKN, ZN, & VWS. (2014). *Kwaliteits- en doelmatigheidsagenda medisch specialistische zorg. Verbinden, verbeteren, borgen.*

NZa. (2010). *Richtsnoer informatieverstrekking Zorgaanbieders; Informatieverstrekking door zorgaanbieders aan consumenten.* Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

NZa. (2014a). *Marktscan en beleidsbrief Geestelijke Gezondheidszorg. Weergave van de markt 2009-2013.* Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

NZa. (2014b). *Samenvattend rapport rechtmatige uitvoering Zorgverzekeringswet 2012; Onderdeel vereveningsonderzoek en compensatie eigen risico (cer).* Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

PINCeT. (2012). *Project Intensivering Controle en Toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet (versie 25-06-2012); Procesbeschrijving en verbeteringen.* Den Haag: Sdu.

Rechtbank Amsterdam. (2014a). *ECLI:NL:RBAMS:2014:66.* Amsterdam.

Rechtbank Amsterdam. (2014b). *ECLI:NL:RBAMS:2014:7727.* Amsterdam.

Regieraad Kwaliteit van Zorg/iBMG. (2011). *Variatie in Richtlijnen, wat is het probleem?* Rotterdam/Den Haag: instituut Beleid & Management Gezondheidszorg/Regieraad Kwaliteit van Zorg.

SER. (2012). *Naar een kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg.* Den Haag: Sociaal-Economische Raad.

SFK. (2012). *Bezuiniging op maagmiddelen niet gehaald*. Pharmaceutisch Weekblad, 147 (51/52).

Staatsblad van het koninkrijk der Nederlanden. (2011). *Besluit van 30 september 2011, houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met wijziging van de te verzekeren prestaties Zorgverzekeringswet per 2012 en de eigen bijdragen daarvoor en wijziging van dat besluit en het Besluit zorgaanspraak*. Den Haag: Sdu.

Tweede Kamer. (2004). *Regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking (Zorgverzekeringswet)*. Memorie van Toelichting. Vergaderjaar 2003-2004. Kenmerk 29763 nr. 3. Den Haag: Sdu.

VWS. (2011). *Robotchirurgie*. Brief van VWS aan de Tweede Kamer d.d. 20 december 2011. Kenmerk CZ-U-3098018. Den Haag: Sdu.

VWS. (2013a). *Jaarverslag en slotwet Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2012*. Vergaderjaar 2012-2013, 33 605 XVI, nr. 1. Den Haag: Sdu.

VWS. (2013b). *Herziening Zorgstelsel*. Brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer. Vergaderjaar 2013-2014, 29 689 nr. 476. Den Haag: Sdu.

VWS. (2013c). *Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (xvi) voor het jaar 2014*. Vergaderjaar 2013-2014, 33750 XVI, nr. 1. Den Haag: Sdu.

VWS. (2013d). *Opdrachtverlening Systematische doorlichting Pakket*. Brief van de minister van VWS aan het College voor Zorgverzekeringen d.d. 15 augustus 2013. Kenmerk 136681-107717-Z. 2013. Den Haag: Sdu.

VWS. (2014a). *Jaarverslag en slotwet Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2013*. Vergaderjaar 2013-2014, 33930 XVI, nr. 1. Den Haag: Sdu.

VWS. (2014b). *Herziening Zorgstelsel*. Brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer. Vergaderjaar 2013-2014, 29 689, nr. 523. Den Haag: Sdu.

VWS. (2014c). *Voorwaardelijke toelating tot het basispakket*. Brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer d.d. 10 juni 2014. Kenmerk 383544-122172-GMT. Den Haag: Sdu.

VWS. (2014d). *Moet alles wat kan?* Brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer d.d. 1 juli 2014. Kenmerk 576707-122601-PG. Den Haag: Sdu.

Zorginstituut Nederland. (2014a). *Eindrapportage alternatieve bezuinigingsmaatregelen IVF*. Diemen: Zorginstituut Nederland.

Zorginstituut Nederland. (2014b). *Factsheet Pakketbeheer; Verantwoord basispakket van zorg*. Diemen: Zorginstituut Nederland.

Zorginstituut Nederland. (2014c). *Invasieve behandeling van varices: wanneer te verzekeren basiszorg?* Diemen: Zorginstituut Nederland.

Zorginstituut Nederland. (2014d). *Toepassing pakketcriterium noodzakelijkheid en afbakening domein gezondheidszorg.* Brief van het Zorginstituut Nederland aan de minister van VWS d.d. 4 april 2014. Kenmerk 2014003509. Diemen: Zorginstituut Nederland.

Zorginstituut Nederland. (2014e). *Verbetersignalement zorg bij artrose van knie en heup*. Diemen: Zorginstituut Nederland.

Zorginstituut Nederland. (2014f). *De Dijkgraaf van de Zorgpolder.* Diemen: Zorginstituut Nederland.

Zorginstituut Nederland. (2014g). *Transarteriële chemo-embolisatie (TACE) bij levermetastasen van pancreascarcinoom (standpunt)*. Diemen: Zorginstituut Nederland.

Onderzoeksteam

Dhr. drs. R. Zelle (projectleider)
Mw. drs. J.H. Donk-Antonius
Mw. J.T. de Jong-van Til MSc
Dhr. G. Koop MSc
Mw. L.K. Marks MSc

Voorlichting

Afdeling Communicatie
Postbus 20015
2500 EA Den Haag
telefoon (070) 342 44 00
voorlichting@rekenkamer.nl
www.rekenkamer.nl

Omslag

Ontwerp: Corps Ontwerpers
Foto: Koen Suyk/ANP

Den Haag, april 2015